الأمراض التناسلية

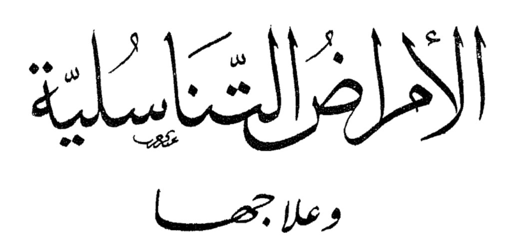
وعلاجها

تأليف

الدكتور

يوسف عبد العزيز حموده





تأليف

الدكتور

يوسف عبد العزيز حمّوده

بكالوريوس فى الطب والجراحة من كلية الطب المصرية ، ليسانسيه كلية الأطباء الملكية بلندن ، وعضو
كلية الجرّاحين الملكية بانجلترا ، والطبيب المساعد بمستشفى "لوك" للأمراض التناسلية بلندن سابقا ،
وطبيب أوّل مستشفى الأمراض الزهرية والجلدية بالسيدة زينب بالقاهرة

القاهرة
مطبعة دار الكتب المصرية
١٩٣٥

الطبعـــة الأولى

فهرس المحتويات*

القسم الأوّل — الزهرى

القسم الثانى — السيلان

* أنظر فهرس الموضوعات فى آخر الكتاب .

القسم الثالث — القرحة الرخوة

القسم الرابع — موضوع التناسل

فهــــرس اللوحات

بسم الله الرحمن الرحيم

تقديم الكتاب

لاشك فى أن حياة الأمم فى حياة أفرادها — رجالا ونساء — أصحاء قادرين على تنشئة نسل قوى صحيح .

ولا شك أيضا فى أن الأمراض التناسلية شر مستطير إن توطدت أسبابها ورسخت أوتادها . فقد تصبح الأمة وليس فيها إلا مشوه ممسوخ ، وعاجز لا يستطيع العمل ، وآخرون قد أدخل فى عقولهم فباتوا يتخبطون فى الخبل أو الجنون .

هذا وغيره من المضار التى لا نحتاج معها الى بسط ، جعلت الفكرة فى توقى هذه المضار وتعرّف أسبابها أمرا واجبا لا يقتصر على الأطباء فحسب ، بل يعدوهم الى طبقات الشعب جميعا .

من هنا كان علىّ حتما مقضيا أن أطرح بين يدى كل فرد كلمة الطب فى هذا الداء الوبيل ليرى جليا صورته المزعجة المخيفة .

وقد رأيت مصلحة الصحة تشاطرنى هذا الرأى وتعنى بنشر النصيحة بين الجمهور ، طورا على لوحة الخيالة ، وطورا على ألسنة أطبائها ودعاة خيرها ، ولكم تغنى النصيحة اذا لبست من البراهين الملموسة ثيابها ، واعتمدت فى منطقها على ما يرى وما يحس .

وقد قدّر لى أن أتصل بمرضى الأمراض التناسلية سنين طوالا ، وأن أقف نفسى على علاجهم عاما بعد عام زدت فيها بأمرهم علما فوق علم وخبرة بأمراضهم فوق خبرة ، ورأيت فى حالاتهم المتكررة مجالا للدرس والبحث فمضيت أمضى تجاريبى يشجعنى على ذلك ما أولانيه حضرة صاحب السعادة الدكتور محمد شاهين باشا وكيل وزارة الداخلية للشئون الصحية من حرية فى البحث والعلاج فى عيادات الأمراض الزهرية التابعة لمصلحة الصحة .

وقد كانت فكرة طبع هـذا الكتاب وليـدة سلسلة مجموعات مصوّرة وأبحاث علاجية تشرفت برفعها لحضرة صاحب السعادة الدكتور محمد شاهين باشا فى غضون الأعوام الثمانية الأخيرة التى كانت مرآة صافية لهذه التجارب .

وقد أشار علىّ حضرة صاحب العزة الدكتور عبد الرحمن بك عمـر مدير المستشفيات العمومية بمصلحة الصحة أن أجمع تلك المجهودات فى كتاب يكون فى متناول الجميع فأجبت طلبه وحققت رغبته ، وجمعت ما لدىّ من أبحاث وطرق علاج ، وصور للحالات المرضية التى صادفتها ، مضافا الى ذلك كل مستحدث من أبحاث الإخصائيين الإنجليز والفرنسـيين والأمريكيين والألمـان ، ما يتعـلق منها بطرق الفحص أو بطرق العـلاج . لذلك أرى لزاما علىّ شكر عزته على إرشاداته التى كان هذا الكتاب من نتائجها .

ولا أنسى واجب الشكر لحضرة صاحب العزة الدكتور عبد السلام بك الجندى مفتش قسم الأمراض الزهرية بمصلحة الصحة فقد نصحنى بضرورة عمـل صور للحالات المرضية الهامة فى أدوار العلاج المختلفة حتى تظهر نتـائج العلاج بوضوح ، كما نصح لى بضرورة شرح الأبحـاث الاجتماعية المتعلقة بالتناسليات ، فوضعتها فى القسم الرابع من هذا الكتاب .

وقبل أن أختم كلمتى أستميح حضرات الزملاء والقـرّاء عذرا إذا أنا لم أوف بعض النقط ما تستحقه من عناية ، مؤملا إن شاء الله أن أدرك فى الطبعة الثانية ما عسى أن يكون قد فاتنى فى هذه الطبعة مسترشدا بما قد يبديه حضرات الزملاء من ملاحظات .

وإنى أتقدّم أخيرا بالشكر الجزيل إلى كل من تفضل بمعاونتى فى إبراز هـذا الكتاب ، الذى أتمنى أن يكون قد ملأ فراغا فى موضوع الأمراض التناسلية .

والله أسأل أن يديم توفيقنا وهدايتنا إلى ما فيـه مصلحة أمتنـا قياما بخدمة الإنسانية إنه سميع الدعاء ؟

القـاهرة فى ٢٦ مايو سنة ١٩٣٥

دكتور
يوسف عبد العزيز حموده

القســـــم الأوّل

الزهـــــــرى

مقـــدّمة — الزهرى مرض معد تنتقل العدوى به من المريض الى السليم عن طريق الاحتكاك المباشر أو عن طريق الوراثة . والعـدوى تنتقل عادة عن طريق الجلد أو الأغشية المخاطية ، ويشترط وجود تسلخ أو جرح ولو بسيط ينتقل منه الى الدم ميكروب الزهرى المعـروف باسم "سبيروكيتا باليـدا" . وينقسم الزهرى الى قسمين :

(١) زهرى مكتسب — وهو ما يصـيب المريض بطريق العـدوى من مصاب بالزهرى فى أى دور من أدواره .

(ب) زهرى وراثى — وهو ما ينتقل الى الطفل عن طريق الوراثة ، إما بسبب الوالد أو الوالدة أو بسببهما معا .

والزهرى مرض قديم، وقد ذكر بعض المؤلفين ملاحظات عن حالات ظهر فيها الزهرى يرجع تاريخها لبضعة قرون قبل الميلاد . والمعروف تمـاما أن الزهرى انتقل الى البلاد الأوربية من أمريكا، نقله بحارة الكشافة المعروف "كريستوف كولمبس" فى نهاية القرن الخامس عشر بعد الميلاد، حيث حطوا رحالهم فى برشلونه، ثم طفقوا ينهمكون فى ملذاتهم الجنسية، وكان أغلبهـم مريضا بالزهرى، فانتقلت العـدوى الى أوربا وشمال أفريقيا وآسـيا وجميع القارات . والآن لا يخلو قطر من أقطار العالم من هـذا المرض الخبيث، وكم ضاعت بسـببه أرواح، وقاست أنفس آلاما مبرحة . ونحن نحمد الله حيث أخذت بلادنا تهتم بمكافحتـه بكل الطرق الوقائية والعلاجيـة ، سواء أكان ذلك بإلقاء محاضرات أم بعرض أشرطة "سينمائية" على الجمهور أم بإنشاء عيادات ومستشفيات للعلاج بالمجان فى جميـع أنحاء القطر .

الزهرى المكتسب

ينقسم الزهرى الى أربعة أقسام أو أدوار :

الدور الابتدائى — وهو الدور الذى يبدأ فيه المرض ويأخذ عادة شكل قرحة .

الدور الثانوى — وهو الذى يكون المرض فيه منتشرا فى الدم، ولذلك يسمى بدور الإنتشار ؛ ويظهر عادة فى شكل طفح جلدى ذى مظاهر مختلفة .

الدور الثلاثى — وهو الذى يأخذ المرض فيه شكل ورم صمغى فى أى جزء من الجسم، سواء أكان فى الجلد أم فى العظام أم فى الكبد أم فى المخ أم فى الأحشاء .

الدور الرابع — أو الزهرى العصبى وهو ما يصيب المخ أو النخاع الشوكى أو الأعصاب، وله مظاهر مختلفة مثل الشلل النصفى أو الجزئى والشلل العام للجانبين واختلاج الحركة والتهاب الأعصاب .

الدور الابتدائى (الزهرى الابتدائى)

يظهر الزهرى الابتدائى فى شكل قرحة إما على عضو التناسل وإما على الصفن (الكيس) وإما على العانة . وفى النساء إما أن تظهر على أحد الشفرين وإما فى المهبل وإما فى عنق الرحم، وتسمى القرحة فى هذه الحالات قرحة زهرية ابتدائية تناسلية .

وقد يصادف أن يصاب المريض بقرحة فى اللسان أو فى الأصبع السبابة (كما يحصل للمرضين والأطباء) أو على الشفة أو فى جفن العين، وتسمى القرحة فى هذه الحالات قرحة زهرية ابتدائية خارج أعضاء التناسل . وتظهر القرحة بسبب الاحتكاك الذى يولد سلخا تنتقل اليه "الاسبيروكيتا باليدا" فيظهر مكانها قرحة بعد فترة تتفاوت بين ثلاثة أسابيع وستة . وقد يكون بعد خمسة عشر يوما كما قد تمتد مدّة الحضانة إلى ثمانية أسابيع .

مظاهر القرحة الزهرية — فى مبدأ ظهور عوارض المرض تظهر دملة على أى جزء من عضو التناسل قد يغفل عنها المريض لعدم تألمه منها، ولكنها

(لوحـــة رقـــم ١)



قرحة زهرية أوّلية بعضو التناسل

عادة تسترعى نظرة لمكثها بضعة أيام ثم تتآكل من وسطها، وبزوال القشرة المتوسطة تصبح تلك الدملة قرحة ذات حافة مستديرة منتظمة صلبة — وقد يشعر المريض بادئ بدء بوجود تسلخ يأخذ فى الاتساع ويكون قرحة ابتدائية . من أجل ذلك قسم العلماء القرحة الزهرية الأوّلية الى قسمين :

الأوّل — القرحة الدملية التآكلية وهى التى تبدأ فى شكل دمل يتآكل من وسطه ويصبح قرحة .

الثانى — القرحة التقرحية وهى التى تبدأ فى شكل تسلخ أو قرحة ثم تأخذ فى الاتساع .

وقد ذهب بعض الباحثين الى نسبة كل من هذين النوعين إلى سلالة من الحلزونيات "الاسبيروكيتا" تختلف عن الأخرى، وكل سلالة تكوّن دائما نوع القرحة الخاص بها .



قرحة زهرية أوّلية بالقضيب (للؤلف)

مواقع إصابة القرحة الزهرية التناسلية :

(أوّلا) فى الذكور — تختلف مواقع القرحة الزهرية بحسب وجود القلفة أو عدم وجودها (أى فى حالة الختان) وهو أكثر شيوعا فى الأقطار الشرقية .

ففى حال وجود القلفة يكون أكثر المواقع إصابة داخل القلفة ، ثم يعقبه فى الأهمية فتحة القلفة الخارجية ، ثم الجزء الأسفل لعضو التناسل عند تقابل الحشفة بجسم العضو ، و يأتى بعد ذلك فتحة مجرى البول ثم جسم عضو التناسل وأخيرا الحشفة .

أما فى حال عدم وجود القلفة (أى فى حالات الختان) فأكثر المواقع عرضة للإصابة هى الطبقة الرقيقة بين الحشفة وجسم عضو التناسل ، وبعدها السطح

الجلدى بجسم العضو، وبعدها الحشفة، ثم فتحة مجرى البول، ثم أسفل العانة، ثم مكان تقابل العضو بالصفن (الكيس) .

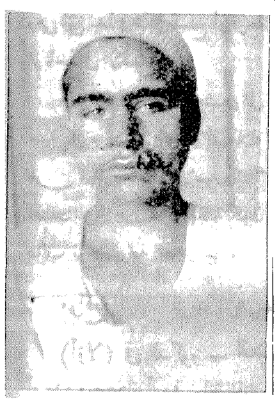
(ثانيا) فى النساء — أكثر أعضاء التناسل تعرضا للإصابة بالقرحة الزهرية الشفران، ثم فتحة المهبل، وفى عنق الرحم، وأقل الأجزاء تعرضا للإصابة فتحة مجرى البول .

مواقع إصابة القرحة الزهرية الأوّلية فى غير أعضاء التناسل :

أكثر الأعضاء إصابة الشفتان، ثم الثديان ثم اللسان ثم يعقب ذلك أصابع اليد ثم اللوزتان ثم جفن العين ثم الخد والجبهة .



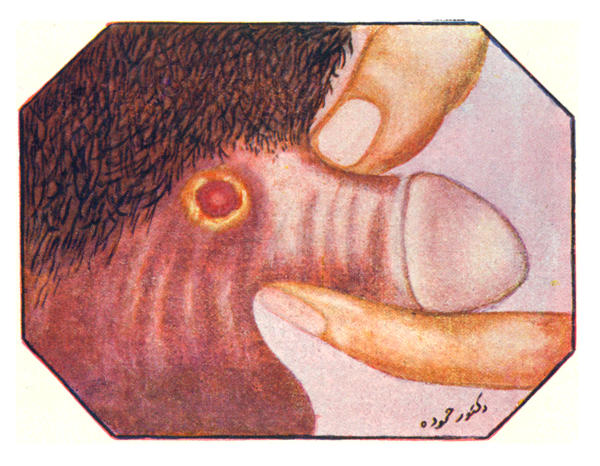
قرحة زهرية قريبة من فتحة المهبل
مهداة من حضرة الدكتور محمد أمين صبرى طبيب أول مستشفى الحوض المرصود



قرحة زهرية بالشفة العليا (للؤلف)

وصف القرحة الزهرية التناسلية — تكون القرحة الزهرية فى العادة واحدة، وفى حالات نادرة تظهر قرحتان متقاربتان أو أكثر . وتكون القرحة منتظمة الاستدارة، ولا تحدث ألما للمريض، اللهم إلا اذا حصلت عدوى ثانوية

(لوحـــة رقـــم ٢)



قرحة زهرية أوّلية بعضو التناسل


قرحة زهرية باللسان (للؤلف)

وتقيحت القرحة الزهرية ؛ ففى هذه الحالة يشعر المريض بألم عند الضغط عليها . ويلاحظ حول قاعدة القرحة الزهرية وعند حافتها تصلب بسبب تراكم الأغشية الليفية . وهذه الخاصية الأخيرة من أهم الأدلة على تعرف تشخيص القرحة الزهرية . وقد لا نلاحظ هذه الخاصية فى بعض القرح الزهرية ، وخاصة اذا كانت الإصابة فى إحدى الأغشية المخاطية أو فى الحشفة .

وكثيرا ما نرى حول القرحة الزهرية دائرة محتقنة قليلا بسبب ما تحدثه الأغشية الليفية من الضغط على الأوعية الدموية حول القرحة ، كما قد نلاحظ فى القرح الموجودة فى داخل القلفة أو فى أسفلها وجود تورّم (أديما) فى الجلد وظهور إفراز من فتحة القلفة . ولما كانت الغدد اللفاوية الأوربية السطحية تعتبر خط الدفاع الأوّل ، كانت هى أوّل ما يتأثر بالإصابة ، لوجود القرحة الزهرية فى عضو التناسل ، لذلك كان همنا الأوّل فحص الغدد الأوربية التى تكون عندئذ متضخمة وصلبة وفى حجم حبة "الترمس" وهى لا تحدث ألما للمريض ، كما إنها يمكن تحريكها بسهولة تحت الجلد . فاذا توفرت هذه الأوصاف فى الغدد الأوربية فى مريض مصاب بقرحة مشتبه فيها ، فان ذلك يدعونا للتفكير فى أنها قرحة زهرية . غير أن هذا الوصف قد يتغير اذا تقيحت القرحة ، وفى هذه الحال يكون تضخم الغدد الأوربية مصحوبا باحتقان وألم للمريض ، كما يصعب تحريك الغدد تحت الجلد بسبب احتقانها .

وصف القرحة الزهرية التناسلية فى أجزاء خاصة :

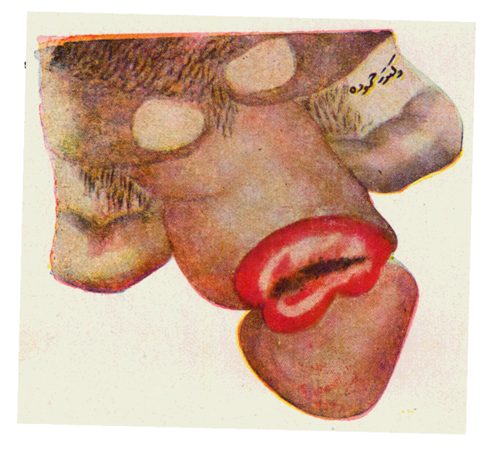
(أوّلا) فى الحشفة ـــ القرح الزهرية التى بالحشفة تكون عادة غير مصحوبة بألياف محسة ، كما يتبين لنا عند فحصها بين إصبعين ، ولا تكون مستديرة تمام

الاستدارة، كما أن قعرها يكون أكثر غوزا من القرحة التى تكون فى أى مكان جلدى آخر، لذلك يجب تدقيق الفحص "أكلينيكيا وبكتريولوجيا" عن حقيقتها، ويجب عدم التسرع فى البت بأنها قرحة رخوة أو غير رخوة .

(ثانيا) عند فتحة مجرى البول (Intrameatal Chancre) — هذه القرحة ليس من السهل تشخيصها، إذ هى تأكل غير مستدير بل بيضى الشكل يحيط بفتحة مجرى البول، وتتميز هذه القرحة بوجود تصلب فى اتجاه واحد أى من أعلى الى أسفل، أو من اليمين الى الشمال . ولمرور البول عليها فهى عادة تفرز كمية كبيرة من الإفراز القيحى، لذلك يختلط تشخيصها بتشخيص إصابة المجرى بسيلان حاد . غير أن وصف القرحة كما ذكرت، وتصلب الغدد الأوربية يكفى لتشخيص حقيقتها . وفى حال الشك يفحص الإفراز فيتبين عدم وجود "الجونوكوك" كما يمكن العثور فى "مصل" القرحة نفسها على "الاسبيروكيتا باليدا" .

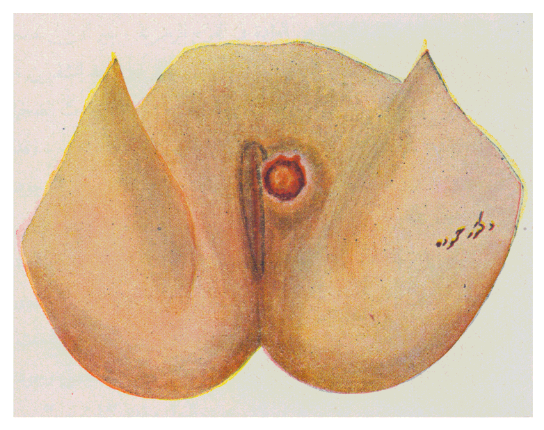
(ثالثا) القرحة فى داخل القلفة — فى حالات قليلة يمكن سحب جلد القلفة الى أسفل ورؤية القرحة، غير أنه فى أحوال كثيرة تحدث القرحة (أديما) أورما خفيفا حولها، فيصعب سحب الجلد الى أسفل . ولعدم إمكان تنظيف القلفة من الداخل تتقيح القرحة لوجود ميكروبات ثانوية، وتكون النتيجة حدوث ضيق فى فتحة القلفة وظهور إفراز من الفتحة، فتلتبس هذه الأعراض بأعراض السيلان الحاد، ما لم يدقق الطبيب البحث فيها . غير أنه يتبين من فحص الإفراز والبول وعدم وجود عوارض السيلان الحاد كالألم عند التبوّل أن الاصابة ليست بالسيلان، كما أنه يمكن شدّ القلفة قليلا الى أسفل ورؤية جزء من القرحه وما حولها من الأديما (وقد يلجأ الطبيب لعمل شق فى القلفة للتأكد من فحص القرحة) بعد ذلك نفحص الغدد الأوربية حيث تظهر متصلبة . ويمكن فحص جلد المريض حيث يظهر فى كثير من الأحوال طفح وردى خفيف فى شكل بقع مستديرة (Roseola)، وهى مبادئ الزهرى الثانوى . وذلك لأن المريض

(لوحـــة رقـــم ٣)



قرحة زهرية أولية بين الحشفة وجسم عضو التناسل

(لوحة رقم ٤)



قرحة زهرية أوّلية قرب فتحة المهبل

كثيرا ما يهمل ولا يعرض نفسه على الطبيب إلا بعد انسداد فتحة القلفة وظهور ورم بالقضيب، وهذا يعطى الوقت الكافى لظهور العوارض الجلدية .

(رابعا) القرحة فى عنق الرحم — تقع قرحة عنق الرحم إما حول فتحة العنق الخارجية و إما على جانب منها ، وتظهر من خلال المنظار مستديرة ومنتظمة الحافة . و يمكن بإدخال الأصبع السبابة فى المهبل الاحساس بتصلب ما حولها بسبب تراكم الأغشية الليفية، كما هى العادة فى القرح الزهرية . غير أن هذه الألياف لا نشعر بها واضحة كما هى الحال فى القروح التى تظهر على أحد الشفرين ، أو فى عضو التناسل فى الرجل . وأهمية هذه القرحة تنحصر فى أنها لا تحدث تضخما فى الغدد الأوربية، لأن الغدد التابعة لعنق الرحم هى غدد الحوض الداخلية . وقد يجوز فى بعض الحالات العثور على غدد أوربية متصلبة، بسبب الاتصال الموجود بين القنوات الليمفاوية للعنق والقنوات الليمفاوية للمهبل . وكذلك قد تلتبس قرحة عنق الرحم بالتآكل السيلانى به (Cervical Erosion) غير أن عدم وجود تصلب حول التآكل وظهور "الجونوكوك" فى إفراز عنق الرحم، وعدم العثور على "الاسبيروكيتا باليدا" فى "مصل" القرحة، كل ذلك يشير الى أنها ليست قرحة زهرية بل تآكل سيلانى، كما يساعد على التحقق من هذا التشخيص وجود علامات الإصابة بالسيلان فى أجزاء أخرى مثل مجرى البول وغدد "بارثولين" .

(خامسا) القرح الزهرية المنتكسة — قد يحدث أن تزول القرحة الزهرية الابتدائية و يظهر بعد بضعة أسابيع فى نفس المكان قرحة جديدة، وهذه القرحة تكون أقل ظهورا من القرحة الأولى وليست لها خاصية التصلب الموجودة فى القرحة القديمة ، كما أن الغدد الأوربية قد لا تكون متصلبة أو متضخمة كما فى القرحة الأولى . و بفحص "مصل" القرحة المنتكسة لا نعثر فى غالب الأحوال على "الاسبيروكيتا باليدا" كما أن زوال القرحة المنتكسة بالعلاج يأخذ وقتا أطول من القرحة الابتدائية . وقد يعتبر بعض الأطباء أن هذه القرحة المنتكسة تسببت

عن عدوى جديدة، ولكن هذه العدوى الجديدة ليست ضرورية، حيث يظهر كثير من القرح المنتكسة فى حالات لم تتعرض لإصابة ثانية، وهى فى الغالب قرح تسببت عن الاحتكاك فى مكان رقيق فتأخذ مظهر قرحة زهرية من حيث استدارتها بسبب عدم شفاء المريض من الإصابة الزهرية، وهى تشبه تماما أى تقرح فى أى جزء من أجزاء الجسم يصيب مريضا مصابا بالزهرى، فيأخذ هذا التقرح استدارة وانتظام القرحة الزهرية الأولى .

كيفية تشخيص القرحة الزهرية الابتدائية :

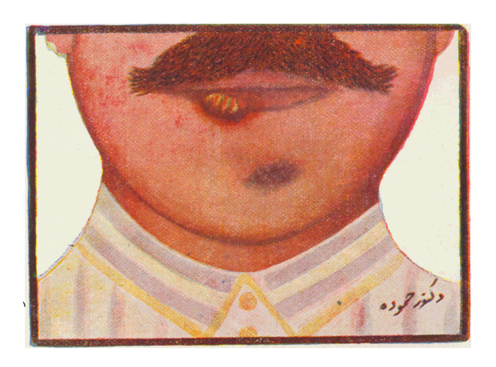
توجد طريقتان لتشخيص القرحة الزهرية :

الأولى — الفحص (الاكلينيكى) المبنى على فحص دقيق لمظهر القرحة وما يظهر على الجسم من علامات أخرى .

الثانية — الفحص (البكتريولوچى) "لمصل" القرحة . ولقد وجدت بالتجربة أن الفحص (الاكلينيكى) الدقيق يغنى كثيرا عن الفحص (البكتريولوچى) وليس أكثر فائدة للطبيب المبتدئ من الحضور بإحدى العيادات الزهرية بضعة أسابيع، ورؤية القرح الزهرية بنفسه، والتعوّد على مظاهرها المختلفة؛ فهذا يغنيه عن كثرة الاطلاع وعن حفظ دقائق وصف القرحة من الكتب . وكثيرا ما نرى بالعيادات الزهرية حالات بها سلخ بسيط للغاية، يتبين من فحصه أنه قرحة زهرية ابتدائية كما يعزز ذلك الفحص (البكتريولوچى) لمصل السلخ . وخير للطبيب الذى عليه مهمة فحص القرحة أن يميل الى الاعتقاد بأن معظم القرح التى تظهر فى عضو التناسل زهرية، ما لم يتبين له من الفحص أنها على العكس من ذلك، لأن إهمال التشخيص فى الابتداء ربما سبب للمريض صعوبات كثيرة وعرضه لمضاعفات زهرية فى المستقبل كان من الواجب أن يكون بمنجى عنها .

كيفية الفحص الاكلينيكى — يجب أوّلا أن يلبس الطبيب قفازا من الجلد فى يديه خوفا من انتقال العدوى اليه . وأوّل ما يجب عمله عند فحص

(لوحة رقم ٥)



قرحة زهرية أوّلية بالشفة السفلى

المريض أن يسأل الطبيب المريض عن الفترة التى مضت بين آخر مباشرة وظهور القرحة، لأن فترة حضانة المرض كما تقدّم تتفاوت بين ثلاثة أسابيع وستة على وجه التقريب . فيجب ألا تظهر القرحة بعد يومين أو خمسة أيام أو عشرة . على أننا يجب ألا نعتمد على تصريح المريض كل الاعتماد خصوصا عند حصول عدّة مباشرات قبل المرّة الأخيرة .

بعد ذلك نطلب من المريض خلع ملابسه الداخلية من السرّة إلى الركبتين، وهذه نقطة مهمة يجب التشدّد فيها، حيث يهم الطبيب أن يرى أى تغيير حدث فى هذا الجزء من الجسم، سواء أكان بظهور طفح أم بتضخم فى الغدد الأوربية . وبعد ذلك يفحص الطبيب القرحة بعد التأمل فيها ، فان كانت بثرة أو قرحة فهل هى مستديرة ومنتظمة ونظيفة القاعدة ؟ وهل حافتها مرتفعة عن السطح؟ وهل تحوطها دائرة خفيفة قاتمة اللون ؟ — بعد ذلك يمسكها بين الأصبعين الابهام والسبابة ، ويبحث عن وجود صلابة فى حافتها ، وهل يتألم المريض من الضغط عليها أم لا ، ثم يبحث عن وجود غدد أوربية صلبة فى حجم "الترمسة" تتحرك تحت الأصابع بسهولة تحت الطبقة الجلدية — فان انطبقت الأوصاف السابقة على القرحة فهى فى الغالب زهرية ، وللطبيب أن يعزز رأيه بفحص عام لجلد المريض بعد خلع ملابسه الداخلية حيث يجد فى نحو ٣٠ ٪ من حالات القروح الزهرية طفحاورديا خفيفا منتشرا فى جميع أجزاء الجسم ، وهذا هو ابتداء الدور الثانوى لأن المصاب بالقرحة يمنعه الحياء فترة طويلة من الحضور للطبيب ، بعد أن يكون استعمل عدّة مراهم ومحاليل ، فيدفعه الخوف من المرض لعرض نفسه عليه . وفى هذه الفترة يكون قد بدأ الدور الثانوى فى الظهور .

الفحص البكتريولوجى — يقصد بالفحص البكتريولوجى البحث فى مصل القرحة أو المصل المأخوذ من غدة متضخمة بسبب القرحة عن "الاسبيروكيتا باللِيدا" وهذه الطريقة يمكن الاعتماد عليها فى الحالات التى لا يقتنع فيها الطبيب بعد الفحص الإكلينيكى بأن القرحة زهرية . ولا يصح مطلقا الالتجاء اليها إلا بعد

الفحص الاكلينيكى المعتاد . وهى ذات فائدة خاصة فى الحالات المبتدئة والتى تظهر فى شكل سلخ أو بثرة، حيث يكون من الصعب الاعتماد على الفحص الإكلينيكى وحده . ولأجل أن نبحث فى مصل القرحة المشتبه فيها عن "الاسبيروكيتا باللبدا" يمكن استعمال إحدى طريقتين :

الأولى — الفحص بواسطة جهاز الإضاءة السمراء .

والثانية — بواسطة استعمال أصباغ خاصة .

ولما كانت الطريقة الأولى سهلة الاستعمال اذا توفرت الأدوات اللازمة ؛ لذلك أشرحها بإيجاز :

طريقة الإضاءة السمراء — هذه الطريقة مبنية على فكرة تكثيف الأشعة الضوئية الخارجية (Lateral Rays) بواسطة مكثف خاص، بينما الأشعة الضوئية المتوسطة (Central Rays) يحجزها قرص أسود مركزى الموضع . وتحتاج طريقة الإضاءة السمراء الى :

(١) شرائح زجاجية ذات سمك خاص مع أغطية زجاجية (Cover glasses) .

(٢) مركز قوى الإضاءة .

(٣) مكثف خاص .

(٤) منصة (Stage) ثابتة للميكرسكوب .

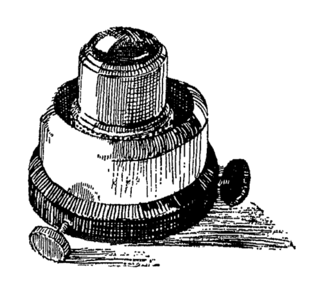
ويجب أن نستحضر شرائح زجاجية ذات سمك واحد حتى يمكن تركيز الأشعة الضوئية على الجزء المراد فحصه . وهذه الشرائح تصرف عادة مع المكثف المستعمل لهذا الغرض، وسمكها نحو ملليمتر واحد .

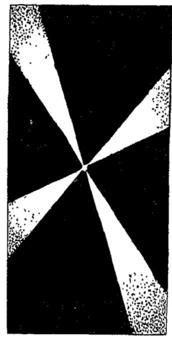
أما المكثف فله قرص أسود على سطحه الأسفل، كما به دائرتان متوازيتان على سطحه الأعلى . والأشعة المنعكسة على مرآة الميكرسكوب يحجزها القرص الأسود للمكثف ما عدا الأشعة المتطرفة ، وهذه تنعكس بواسطة عدسات خاصة بشكل مائل على الجزء المراد فحصه فيظهر أبيض اللون على أرضية سوداء .

(لوحـــة رقـــم ٥ مكررة)



قرحة زهرية أولية بالأصبع السبابة


مكثف الإضاءة السمراء


طريق الأشعة الضوئية الخارجة من المكثف

ولتحضير المصل من القرحة لفحصه يجب أولا تنظيف القرحة بقطعة من الساابرى (الشاش) معقمة مشبعة بكحول نقى، ثم نترك القرحة حتى تجف، بعد ذلك نضغط على حافة القرحة حتى يظهر المصل على سطحها، فاذا تعذر ذلك يمكن عمل كحت سطحى خفيف فى السطح الداخلى لحافة القرحة حتى يظهر المصل على سطحها . وذلك بطرف مشرط مدبب . ثم يجفف الدم الذى يظهر بقطعة من الساابرى (الشاش) معقمة . ثم نضغط على جدران القرحة بإبهام اليد اليمنى وسبابتها فيظهر المصل . بعد ذلك ننقل المصل بسلك بلاتينى معقم، ونضعه على شريحة زجاجية نظيفة . وإذا لم يكن المصل كافيا نضيف إليه نقطة من محلول ملحى، ونضع فوقه غطاء الشريحة الزجاجية ، ونضغط على الغطاء قليلا حتى نتأكد من عدم وجود فقاقيع هوائية فى المصل . ثم نجفف الغطاء الزجاجى من أعلى والشريحة من أسفل بورق الترشيح .

بعد ذلك نضع الشريحة الموضوع عليها الغطاء الزجاجى على قاعدة الميكرسكوب، ونضع نقطة من زيت الميكرسكوب على الغطاء، ونحرك العدسة الزيتية للميكرسكوب

حتى تلمس النقطة الزيتية، ونسلط الضوء الكهربائى القوى، بوساطة مصباح كهربائى خاص، فيمرّ الضوء من خلال المكثف الخاص. فإذا نظرنا من أعلى الميكرسكوب نرى كل شيء أسود ما عدا "الاسبيروكيتا" وكرات الدم الحمراء، حيث ترى فضية اللون. ويمكن رؤية "الاسبيروكيتا" تتحرك فى حركات لولبية حول نفسها. وإن رؤيتها مرة واحدة تكفى لإعطاء فكرة عملية عنها.

أما الطريقة الثانية وهى طريقة البحث عن الاسبيروكيتا بواسطة استعمال الأصباغ فتوجد ثلاث طرق لذلك :

(١) طريقة الحبر الصينى. (٢) طريقة جمسا. (٣) طريقة فونتانا.

(١) طريقة الفحص بالحبر الصينى — هذه الطريقة سهلة لو اتبعت بإتقان كاف ويشترط أن يكون الحبر الصينى نقيا وليس به مواد غريبة، وإلا كان سببا فى إفساد الفلم المطلوب فحصه. وطريقة الاستعمال هى أن نضع نقطة من مصل القرحة على الشريحة الزجاجية، ونخلطها بنقطة من الحبر الصينى، ثم نعمل فلما على الشريحة القرحة بجر حافة شريحة زجاجية على المصل المخلوط بالحبر الصينى، ثم نترك الفلم حتى يجف. بعد ذلك نضع نقطة من زيت الميكرسكوب على الفلم ثم نستعمل العدسة الزيتية للميكرسكوب، فنرى قاعدة سوداء ظاهر فيها "الاسبيروكيتا باليدا" ذات لون أبيض فضى.

(٢) طريقة الفحص بصبغة جمسا — نحضر صبغة جمسا المخففة فى المعمل الكيماوى. وطريقة الفحص هى كالآتى :

نحضر فلما رفيعا من من مصل القرحة على شريحة زجاجية نظيفة، ثم نتركه حتى يجف، وبعد ذلك نثبت الفلم فى كحول نقى مدّة ٢٠ دقيقة، بعد ذلك نضع صبغة جمسا المخففة على الفلم المثبت ونتركها نحو ٤٠ دقيقة، بعد ذلك نغسل الفلم فى ماء مقطر ونجففه بين ورقتى ترشيح، ثم نضع نقطة من زيت الميكرسكوب على الفلم، ونفحصه بواسطة العدسة الزيتية حيث نرى "الاسبيروكيتا" فى شكل حلزون أحمر خفيف.

(٣) طريقة الفحص بصبغة فونتانا — نحضر ثلاثة زجاجات تحتوى على المحاليل الآتية :

الزجاجة الأولى — بها حمض خلليك، ومحلول الفورمالين ٤٠ ./٠ فى ماء مقطر بنسبة ١ : ٢ : ١٠٠

الزجاجة الثانية — بها حمض تنيك مذاب فى ماء مقطر بنسبة ١ : ٢٠

الزجاجة الثالثة — بها نترات الفضة المتبلورة مذابة فى ماء مقطر بنسبة ١ : ٢٠

نحضر فلما خفيفا من مصل القرحة على شريحة زجاجية ونتركه حتى يجف، بعد ذلك نضع على الفلم نحو سنتيمتر مكعب من محلول الزجاجة الأولى، ونتركه على الشريحة لمدّة دقيقة، ثم نضع قليلا من الكحول النقى فوقه ونشعله بالمصباح الكحولى، والقصد من ذلك تثبيت الفلم تثبيتا كاملا، بعد ذلك نضع قليلا من محلول الزجاجة الثانية على الشريحة ونسخنه تدريجيا حتى يتبخر، ثم نبعد المصباح الكحولى المستعمل فى التبخير، ونترك المحلول لمدّة نصف دقيقة، ثم نغسل الفلم بالماء المقطر، ثم نضع محلول الزجاجة الثالثة على الشريحة ونسخنها تدريجيا حتى يتبخر، ثم نبعد المصباح الكحولى ونترك المحلول لمدّة نصف دقيقة، ثم نغسل الشريحة فى الماء المقطر ونجففها بين ورقتى ترشيح، ونضع نقطة من زيت الميكرسكوب ونفحصها بواسطة العدسة الزيتية، فتظهر "الاسبيروكيتا باليدا" فى لون بنى قاتم بينما يظهر بقية السطح فى لون بنى خفيف.

الإسبيروكيتا باليدا كما تظهر بطريقة الإضاءة السمراء

وصف "الاسبيروكيتا باليدا" :

الاسبيروكيتا باليدا جسم حلزونى متحرك، يبلغ طوله من ٦ الى ٢٥ ميكرون وقطره ¼ ميكرون، وهو عبارة عن حلزون ذو سبعة التواءات أو ثمانية، ونهايتا الحلزون

مدبتان ، وتتغير الالتواءات حسب الحركة ، فتتقلص تارة وتنبسط أخرى ، وحركة "الاسبيروكيتا" عبارة عن حركة دوران حول محورها ، كما أنه من الممكن أن تلتوى على نفسها فتكون زاوية حادة .

ولما كان من الجائز العثور على أنواع أخرى من "الاسبيروكيتا" خلاف "الاسبيروكيتا بالليدا" فى القرح ، وخصوصا اذا كانت بالفم ، لذلك يصح التلميح الى ما هو مهم من هذه الأنواع المحتمل وجودها .

(١) الاسبيروكيتا بالانيتيدس (S. Balanitidis) — هى حلزون قصير سميك ذو لولبين أو ثلاثة فقط . وهى سريعة الحركة ، يلاحظ ذلك جليا عند رؤيتها بالاضاءة السمراء تحت الميكرسكوب .

(٢) الاسبيروكيتا رفرنجنس (S. Refringens) — هى حلزون غير منتظم ، وعدد لولباته غير واضح ، وتظهر تحت الإضاءة السمراء سنجابية اللون — بخلاف "الاسبيروكيتا بالليدا" التى ترى بيضاء كالفضة — وترى سريعة الحركة تحت الميكرسكوب .

(٣) الاسبيروكيتا جراسيلز (S. Gracilis) — هى أكبر سمكا من "الاسبيروكيتا بالليدا" كثيرة الحركة ، كما نشاهدها تحت الميكرسكوب ، واولباتها قليلة العدد بالنسبة لطولها اذا قورنت بالاسبيروكيتا بالليدا . وترى تحت الإضاءة المظلمة غير ناصعة البياض مثل "الاسبيروكيتا بالليدا" .

التشخيص النوعى للقرحة الزهرية :

لما كان من المهم التفرقة إكلينيكيا بين القرح الزهرية وما يحتمل ظهوره على أعضاء التناسل من إصابات أخرى . لذلك سأتكلم بإسهاب عن أوجه الاختلاف بين هذه الأمراض والقرحة الزهرية .

(أولا) القرحة الرخوة — هذه القرحة تظهر بعد المباشرة بيومين أو ثلاثة بينما تظهر القرحة الزهرية بعد المباشرة بثلاثة أسابيع على الأقل . وهى

تأخذ مظهر قرحة من الابتداء حيث تظهر سطحية أولا ، ثم تغور فى الأغشية ، بينما القرحة الزهرية تبدأ فى شكل بثرة ثم قرحة . وحافة القرحة الرخوة ليست مستديرة كالقرحة الزهرية ، بل هى غير منتظمة ؛ وتأخذ فى الالتحام من جهة بينما يزداد تقرّحها اتساعا فى جهة أخرى . وحافة القرحة الرخوة محفور تحتها بسبب تجمع القيح المتسبب عن الميكروبات الثانوية المصاحبة لباشلس دكرى ، بينما القرحة الزهرية لا تكون حافتها محفور تحتها . والقرحة الرخوة تؤلم المريض وتدمى بسرعة ، بخلاف القرحة الزهرية . والقرحة الرخوة يصحبها دائما دائرة التهابية حادة وقاعدتها ليست نظيفة كالقرحة الزهرية وهى مرتفعة فى بقعة بينما تظهر منخفضة فى أخرى . ومصل القرحة الرخوة لانعثر فيه على "الاسبيروكيتا باللبدا" بل على "استربتوكوكس دكرى" كما أن الغدد الأوربية فى القرحة الرخوة تظهر بعد بضعة أسابيع ، وربما يتأخر ظهورها الى ما بعد التحام القرحة . وتظهر دائما ملتهبة ومؤلمة للمريض وفى الغالب تتقيح ، بينما تظهر الغدد الأوربية فى القرحة الزهرية متضخمة فى حجم "حبة الترمس" ومن السهل تحريكها تحت الجلد ، ولا تحدث ألما للمريض ولا تتقيح ، إلا فى الحالات التى تصحب القرحة الزهرية فيها عدوى ثانوية .

(ثانيا) القرحة بسبب إصابة (Traumatic sore) — تحدث هذه القرحة بسبب الاحتكاك الشديد وقت المباشرة . وهى ليست قرحة بالمعنى المفهوم بل تأخذ شكلا غيرمنتظم ، حيث نراها فى شكل قرح فى جهة وتسلخ فى جهة أخرى ، وهى محاطة بدائرة التهابية حادة وتحدث ألما للمريض ، وتلتحم بسرعة ما لم تتقيح . وموقعها عادة فى الجزء الأسفل من الحشفة . وفى حالة الشك نأخذ مصلا من حافتها على شريحة حيث لا نعثر فيه على "الاسبيروكيتا باللبدا" .

(ثالثا) القرحة الهربيزية (Herpetic ulcer) — يظهر الهربيز فى شكل بثرة أو أكثر تلتحم فتكون قرحة ذات حافة متقرحة وقاعدة متآكلة سطحيا . والقرحة الهربيزية مؤلمة للغاية وتحدث بسبب الاحتكاك وكثيرا ما تعود للظهور

بعد التحامها، ولا توجد صلابة حول حافة القرحة الهربيزية كما فى القرحة الزهرية، وإنما يحدث ذلك اذا استعمل لها علاج مهيج مثل الكى .

(رابعا) القرحة القلاعية (Aphthous ulcer) — هذه قرحة صغيرة الحجم مستديرة الحافة ذات قاعدة صفراء، وقد يوجد منها على عضو التناسل اثنتان أو ثلاث فى وقت واحد، والحافة ليست مرتفعة عن سطح الجلد، وتحوطها طبقة حمراء خفيفة محدودة .

(خامسا) الورم الصمغى المتقرّح — كثيرا ما نصادف ورما صمغيا متقرّحا على القضيب (زهرى ثلاثى) فيختلط على الطبيب الأمر هل هو قرحة زهرية ابتدائية أو تقرّح زهرى ثلاثى؛ والواقع أنه يوجد شبه صعوبة ما لم تظهر قرائن تدل على ظهور عوارض الزهرى الثلاثى فى أجزاء أخرى من الجسم، غير أن هناك نقطا مهمة يجب مراعاتها وهى :

(١) القرحة الزهرية الابتدائية محاطة بدائرة صلبة حول القاعدة، وهذا لا يوجد فى الورم الصمغى المتقرّح .

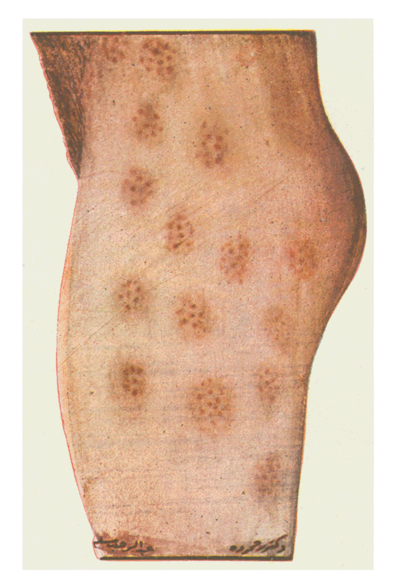
(٢) توجد غدد أوربية متصلة ومتضخمة فى القرحة الابتدائية، وهذا لا يوجد فى الورم الصمغى المتقرّح .

(٣) نعثر على "الاسبيروكيتا باللبدا" فى القرحة الابتدائية، ولا توجد هذه فى مصل التقرّح الثلاثى .

(سادسا) التهاب الحشفة التأكلى (Balanitis Erosiva) — يأخذ هذا النوع من الالتهاب الخبيث مظهر تقرّحات تعفنية تتسع بسرعة، وهى غالبا تظهر داخل الحشفة، أى بعيدة عن التعرّض للهواء لأن التعرّض للهواء، يوقف تقدّمها وهى مؤلمة جدا للمريض، ورائحتها كريهة . وللتأكد منها يجب عمل قطع فى الحشفة، وتعريض داخل الحشفة لفحصها وعلاجها .

(سابعا) جرب التناسل والأمبتيجو (الحصف الجلدى) — يظهر تقرّحات صغيرة بسبب الحكة، ويشكو المريض من الحكة (الهرش)

(لوحـــة رقـــم ٦)



زهرى ثانوى — طفح وردى (Roseolar Rash)

فى أعضاء التناسل ، كما تظهر العوارض فى أجزاء أخرى ، مثــل الأبطين والسرة وبين أصابع اليدين . ويمكن العثور فى تقرحات الجرب على الأكاراس (الطفيلى المسبب للجرب) .

(ثامنــا) الأورام الخبيثة ـــ قد يصادف ظهور تقرح مزمن بالقضيب بسبب سرطان، وهذا التقرح غير منتظم وصلب وحافته منقلبة الى الخارج، ويظهر هذا التقرح عادة فى مريض متقــدم فى السن . والغدد الأوربية تظهر متضخمة ومتصلبة، وتفترق عن غدد القرح الزهرية فى أنها تكون متلاصقة بالأغشية المحيطة بهــا، ولذلك لا يمكن تحريكها كما فى حالات القرح الزهرية، ولزيادة التأكد منها يمكن أخذ قطاع من التقرح حيث يتبين أنه ورم خبيث (سرطان) .

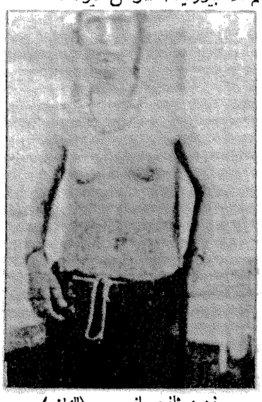
الدور الثانوى (الزهرى الثانوى أو الزهرى فى دور الانتشار) :

يبتدئ دور الزهرى الثانوى أو دور الانتشار من وقت تلوث الدم "بالاسبيروكيتا باليدا" فتظهر على الجلد أنواع مختلفة من الطفح الزهرى . ولمــا كان الدم الملوث يمر فى جميع أجزاء الجسم ـــ سواء فى ذلك الجلد والأغشية المخاطية والأحشاء المختلفة والجهاز العصبى ـــ كان من الجائز أن يتأثر بالإصابة أى جزء من أجزاء الجسم ابتداء من دور الانتشار الذى يظهر بعد بضعة أسابيع (ستة أسابيع فى المتوسط) من ظهور القرحة الأولية . وأوّل مظهر لدور الانتشار هو احمرار البشرة بسبب انتشار الأوعية الدموية تحت الجلد . ويعتبر هــذا المظهر محاولة من جانب البشرة لمقاومة انتشار الاسبيروكيتا . واذا دققنا النظر فى هذا الاحمرار لاحظنا أنه يأخذ مظهر دوائر وردية خفيفــة . وهــذا أوّل مظهر للطفح الثــانوى وهو ما نســميه بالزهريات الوردية (Roseola) أو كما يسميه الفرنسيون بورد العذارى . بعــد بضعة أيام تأخذ هــذه الدوائر لونا نحاسيا خفيفا وتصير أكثر تحديدا من الزهريات الوردية، حيث نرى دوائر متعدّدة مختلفة الحجم، فيظهر البعض فى حجم المليم الذى فى حجم "الترمســة" ، والبعض فى حجم القطعة ذات الخمســة القروش . وتسمى هــذه الدوائر الزهريات النقطية (Macula) . بعد ظهور هــذه الدوائر الزهرية النقطية بأسبوع أو أكثر ،

تظهر حبيبة فى وسط الزهرية النقطية لا تلبث أن تتلاشى بعدها الزهرية النقطية الأصلية وتبقى حبيبات درنية، وهى ما نسميها الزهريات الحبيبية .

وقد نصادف أن تظهر فى الزهرية النقطية أكثر من حبيبة واحدة، تظهر كل منها فى منبت حويصلات الشعر، ويسمى هذا النوع : "الزهرى الحويصلى" وقد يحدث أن يظهر فى بعض الزهريات الحويصلية حبيبة فى وسط كل منها لاعلاقة لها بحويصلات الشعر ، فتظهر الزهريات المللية (Corymbose Syphilis) وهذان النوعان الأخيران من الزهريات يظهران بوضوح فى أعلى الظهر . وعند بدء زوال الحبيبة الزهرية يظهر فى وسطها (وهو الجزء الذى يطرأ عليه التغيير قبل أى جزء آخر) طبقة قشرية لا تلبث أن تغطى سطح الحبيبة بأكملها . وبينما نرى إحدى الحبيبات حافظة لشكلها اذا بنا نرى أخرى ظهر القشر فى وسطها ، وثالثة غطى جميع سطحها طبقة قشرية . ومن الجائز أيضا أن نرى طفحا يغطيها لم يتحوّل الى حبيى بعد، وهذا الاختلاف فى مظاهر الطفح فى المريض الواحد إحدى علامات الزهرى الثانوى، وهو ما نسميه تعدّد الأشكال (Polymorphism) و يعزو بعض العلماء هذا المظهر لمقاومة أجزاء من الجسم للاسبيروكيتا أكثر من غيرها .

ثم نرجع للطفح الحبيبى فنقول : إنه ليس من الضرورى أن تظهر قشرة فى وسط الحبيبة ، بل من الجائز أن يطرأ على الحبيبة تقيح فى وسطها ، ويسمى هذا النوع من الطفح بالطفح التقيحى (pustular Syphilides)


زهرى ثانوى طفح حبيى (للؤلف)

وقد يخطئ الطبيب فى تشخيص الطفح التقيحى الزهرى فيحسبه الطفح التقيحى فى حالة الجديرى ؛ غير أن هناك فوارق ظاهرة بين

(لوحـــة رقـــم ٧)



زهرى ثانوى — طفح نقطى (Macular Rash)

الحالتين . ففى التقيح الزهرى يبدأ التقيح فى وسط البثرة من طبقات الجلد العميقة ثم ينتشر فى الأطراف ، أما فى الجدرى فالبثرة يظهر عليها التقيح بأجمعها دفعة واحدة ، ويكون التقيح سطحيا لا يغطى سوى طبقة رقيقة سطحية . ولزيادة التأكد نحال الدم للوسرمان فيتبين أنه ايجابى فى حالة الطفح التقيحى الزهرى .

ثم نرجع للطفح الزهرى التقيحى فنقول : فى بعض الحالات بسبب شدّة مقاومة طبقات الجلد للاسبيروكيتا بالليدا لا يقتصر وجود الطبقة المتآكلة والمتقيحة على الوسط بل تتعداه وتمتد الى الأطراف ، فتصبح البثرة الزهرية على شكل تقرّح دائرى كبير مغطى بطبقة جلدية ميتة ، ويظهر على الجسم دوائر فى حجم القطعة ذات الخمسة القروش أو العشرة ، وهذا ما نسميه الروبيا الزهرية (Rupia) . وأكثر ما تظهر هذه على الظهر أو خلف الرقبة ، وقد تظهر على عضو التناسل .

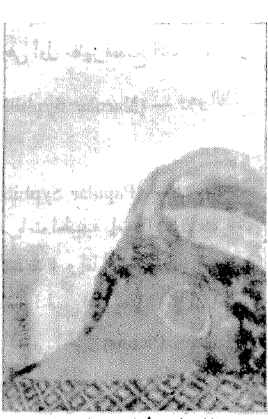
هذا مجمل لطريقة تكوّن الطفح الجلدى الزهرى فى دور الانتشار أو الدور الثانوى . وعلى سبيل التذكرة يمكننا أن نرتب الطفح الثانوى بجميع مظاهره الجلدية على الوجه الآتى :

(أوّلا) الزهريات الوردية — وهى أول مظهر للطفح الثانوى .

(ثانيا) الزهريات النقطية (Macular Syphilides) — وهو الطفح الذى يعقب الزهريات الوردية .

(ثالثا) الزهريات الحبيبية (Papular Syphilides) — وهو الطفح الذى يعقب الزهريات النقطية وهذه الزهريات الحبيبية إما أن تكون متفرقة ، وهذا ما نسميه : (١) الطفح الحبيبى البسيط ، وإما أن تظهر فى منبت حويصلات الشعر فتأخذ مظهر . (٢) الطفح الحبيبى الحويصلى . كما أن الحبيبة ذاتها قد تتضخم فتشبه التضخم الجلدى المسمى الحزاز (Lichen Planus) . لذلك يسمى هذا النوع من الطفح الحبيبى . (٣) الطفح الحبيبى الحزازى . وقد يظهر سطح الحبيبة فى شكل قشر فضى فيشبه فى ذلك الصدفة الجلدية (Psoriasis)

ولذلك يطلق عليه . (٤) الطفح الحبيبي الصدفى (Psoriasiform Syphilides) . وقد يظهر فى الطفح الحبيبي الحو يصلى حبيبة فى مجموع الحبيبات التى تتبع حو يصلات الشعر، و يسمى هذا النوع من الطفح الحبيبي. (٥) الطفح المللّى (Corymbose Syphilidcs) كما أن الطفح الحبيبي قد يتجمع فى شكل دوائر أو أنصاف دوائر لا علاقة لها بحو يصلات الشعر، ويسمى هذا النوع من الطفح الحبيبي. (٦) الطفح الحلق المستدير (Annular Syphilides) . وقد تتلاشى بعض الحبيبات من الجلد قبل الأخرى فتترك على الجسم بقعا سمراء أو نحاسية أو بنية، بينما لا تزال الأخرى فى دور التحبب فنطلق على هذا النوع من الطفح الحبيبي . (٧) الطفح الصبغى أو الملون (Pigmentary Syphilides) وقد يطرأ على الحبيبات الثانوية فى دور زوالها ظهور افرازات دهنية فيشبه الطفح الدرنى فى هذه الحال الطفح الجلدى المعروف باسم سبريا (طفح جلدى دهنى) ويسمى هذا النوع من الطفح الحبيبى . (٨) الزهريات الدهنية (Sebarrhoeic Syphilides) .



الطفح الحلق أو المستدير (للمؤلف)



الطفح الحبيبي الصدفى (للمؤلف)

(لوحـــة رقـــم ٨)

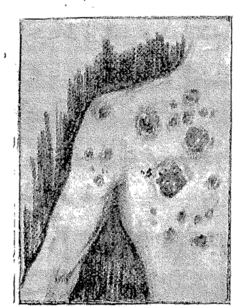


زهري ثانوي — طفح تجمعي (Corymbose Syphilis)

(رابعـا) الزهريات القيحية (pustular Syphilides) — وهو الدور الآخر من الزهرى الثانوى الذى يعقب الزهرى الحبيبى حيث تتقيح الحبيبـة من وسطها ، ويطلق على هـذا النوع من الطفح أسمـاء متعدّدة حسب درجة التقيح فى الزهرية ، أو حسب مشابهتها لطفح جلدى آخر ، أو حسب حجمها . فان كانت درجة التقيح شديدة كان شبيها بالطفح الجلدى المعروف باسم (Impetigo) ولذلك نسميه الطفح الجلدى الزهرى المشابه للامبتيجو (Impetigenous Syphilides) . وان كان الطفح التقيحى شبيها بالأكنة (Acne) سمى (Acneiform Syphilides) . وان شابه الجديرى سمى : الطفح التقيحى المشـابه للجـديرى (Varioliform Syphilides) . وان كان التقيح صغير الحجم ومتعدّدا سمى التقيح الزهرى الدخنى (Miliary Syphilides)

الطفح الزهرى التقيحى (للمؤلف)

(خامسا) الروبيا — وهو الدور الأخير للزهريات الثانوية الحديثـة ، وتأخذ شكل دوائر محـددة ، ويكون وسطها متقرّحا ومغطى بطبقة جلدية ميتة ذات لون بنى قاتم .



الروبيا الزهرية (للمؤلف)

إصابة الأغشية المخاطية فى الأدوار الأولى
من دور الانتشار — أو الزهرى الثانوى

تصاب الأغشية المخاطية بما يسمى اللطخ المخاطية (Mucous Patches) فى نفس الدور الذى تظهر فيه الحبيبات الزهرية الثانوية على الجلد . واللطخ المخاطية حبيبات رطبة بحكم وجودها فى الأمكنة المخاطية الرطبة، وهى تأخذ شكلا مستديرا مختلف الحجم . ويظهر وسط الحبيبة الرطبة فى شكل غشاء متآكل ذى لون أبيض كالجبن ، وتحدده دائرة وردية خفيفة ، ولا يظهر بها أو حولها تحجر .

ويمكن بالفحص الدقيق العثور على الاسبيروكيتا باليدا فى الجزء المتآكل من الغشاء الذى فى وسط الحبيبة . والأمكنة التى تظهر فيها اللطخ المخاطية هى الشفتان والفم واللسان والحلق واللوز وفتحة المهبل . واللطخ المخاطية شديدة العدوى بالنسبة لوجود الاسبيروكيتا فيها بكثرة ، لذلك يجب الاحتياط فى فحص هذه اللطخ ، كما يجب عدم لمسها إلا اذا كان الطبيب لابسا قفازا من الجلد .

لطخ مخاطية بالشفة العليا (للؤلف)

التشخيص النوعى — توجد حالتان مرضيتان يجب التفرقة بينهما وبين اللطخ الزهرية .

(١) التقرحات المعوية باللسان (peptic ulcers) — فى حالات كثيرة من الالتهابات المعوية المصحوبة بحموضة أو إمساك معوى تظهر على الشفتين واللسان بقع بيضاء تشبه اللطخ الزهرية . وهذه البقع غير منتظمة الحجم والشكل

وتتلاشى بسرعة عند علاج المعـدة والأمعاء . وهـذا ما يميزها عن اللطخ الزهرية المستديرة والمنتظمة وعنـد الاشتباه يحلل الدم للوسرمان إذ يكون إيجابيا فى حالات اللطخ الزهرية .

(٢) التهابات وتقرحات الفم فى وجود تقيح فى اللثة — فى حالات التهابات اللثـة ووجود مواد جيرية متراكمة على الأسـنان تظهر فى داخل الفم وعلى الشفتين تقرحات تشبه اللطخ الزهرية . وهذه التقرحات تظهر دائمـا فى الأماكن المقابلة للأسنان كما أنهـا تأخذ شكلا غير منتظم ، وهذا ما يميزها عن اللطخ الزهرية الكاملة الاسـتدارة والمنتظمة الحوافى . ولا يوجد بهـا الاسبيروكيتا باليدا كما هى الحال فى اللطخ الزهرية .

إصابة الأجزاء الرطبـة من الجـلد فى الأدوار الأولى من زهرى الانتشار — أو الزهرى الثانوى

يقصد بالأجزاء الرطبة من الجلد الأجزاء المعرضة للرشح أو الترطيب أو القريبة من غشاء مخاطى . وهذه الأجزاء هى السطح الجلدى المحيط بفتحة الشرج والمهبل والفم وفتحتى الأنف ، وتكون أحيانا بين أصابع القدمين وبين الفخذين وحول الصفن ، فهذه الأجزاء نظرا للتهيج المستمر الذى تتعرض له بسبب سوائل إفرازية أو ترطيب مستمر تكون دائمـا عرضة للاصابة بالزوائد الزهرية (Condyloma Lata) وهى حبيبة رطبة تبدأ صغيرة ثم لا تلبث أن تتضخم وتتحـد مع حبيبات أخرى مكونة ورما . والكنديلوما تظهر فى نفس الدور الذى تظهر فيه الحبيبات الثانوية الجلدية فى الأدوار الأولى من الزهرى الثانوى أو دور الانتشار . وتشاهد كثيرا حول الشرج والمهبل فى الأطفال المصابين بالزهرى الوراثى بسبب ترطيب هذه الأجزاء ترطيبا مستمرا ، وعدم توافر النظافة فيها . والكنديلوما الزهرية شـديدة العدوى كما هى الحال فى اللطخ الزهرية بالفم . ويمكن العثـور على الاسبيروكيتا باليدا من السائل الإفرازى الناتج من عصير قاعدة الكنديلوما .

ولما كانت كلمة كنديلوما تنطبق على حالة مرضية أخرى خلاف الكنديلوما الزهرية — لذلك يجب التفرقة بين الكنديلوما لاتا (الزهرية) وبين الكنديلوما غيرالزهرية المسماة (Condyloma acuminata) . وتختلف الأخيرة عن الأولى

زوائد زهرية فى فتحة المهبل (للمؤلف)



زوائد زهرية فى فتحة الشرج (للمؤلف)

فى كونها تحصل لأى مريض يعرض الجزء الجلدى المصاب لترطيب مستمر . وتحصل عادة حول المهبل فى النساء المصابات بالسيلان ، كما تحصل فى الرجال المصابين بالسيلان ، وذلك حول الخصيتين وفوق العانة وفى عضو التناسل . وقد صادفت مريضا عملت له عملية جراحية (شق فوق العانة) أصيب بالكنديلوما غير الزهرية (Condyloma acuminata) حول فتحة الجرح بسبب تساقط البول من المثانة المفتوحة .

أما من الوجهة الاكلينكية فان الكنديلوما غير الزهرية تختلف عن الكنديلوما الزهرية فى أن لها عنقا يمتد اتصالها بالسطح الجلدى ، كما أنها غير مصحوبة بتصلب حولها ، بخلاف الكنديلوما الزهرية حيث تلتصق بالجلد مباشرة بدون عنق ،

وتحوطها دائرة التهابيــة متصلبة . وفى الحالات التى يصعب التميز بينهما تحلل الدم للوسرمان حيث يكون دائما إيجابيا فى الزوائد الزهرية وسلبيا فى الزوائد غير الزهرية .

إصــابة الغـــدد الليمفاوية فى الأدوار الأولى من الزهرى الثانوى — أو دور الانتشار

ســبق أن ذكرت فى القرح الزهرية أن القرحة الزهرية يصحبها دائمــا تضخم فى أقرب غدد ليمفاوية لمكان الإصابة . فمثلا القرح الموجودة بعضو التناسل وفتحة المهبل يصحبها تضخم فى الغدد الليمفاوية السطحية فى الجزء الأنسى من الأوربية ، بخلاف القرح الموجودة فى الصفن أو حول فتحة الشرج ، فانه يصحبها تضخم فى الغدد الأوربية السطحية الوحشية . وفى القرح الموجودة بالشفة تتضخم الغدد الموجودة تحت الذقن . وفى قرح اللوز تتضخم غدد تحت الفك (Submental glands) . وفى قرح أصابع اليد تتضخم الغدد الموجودة فى أعلى اللقمة الأنسية للطرف الأسفل لعظم العضد (Epitrochlear glands) . وفى القرح الأوليــة بجفن العين تصاب الغدد السطحية النكفية أمام الأذن — هذا فى الدور الابتدائى — وبمضى الأيام عند حلول دور الانتشار تتضخم بقية الغــدد الليمفاوية بالجسم ، بحيث يمكن إحساسها باليد . وتضخم الغدد بسبب الزهرى يكون فى العادة فى حجم حبة الترمس ويعطى نفس الاحساس عند لمسه بالأصابع . ويمكن تحريك الغــدد تحت الجلد ، كما أن مجموعة الغدد تكون منفصلة بعضها عن البعض الآخر . وهذا الوصف يميزها عن الحالات المرضــية الأخرى المصحوبة بتضخم الغــدد الليمفاوية . والغــدد الليمفاوية الزهرية لا تتقيح ما لم يصل للغــدد الميكروب السبحى أو العنقودى . وهذا ينطبق على الغــدد الليمفاوية تحت الذقن وفى الرقبــة وتحت الفك ، حيث يحوى الفم الميكروبات المسببة للتقيح ، وخصوصا عند وجود أسنان رديئة . وقــد حضر إلى مرارا مرضى مصابون بالزهرى الثانوى وبهم غدد متقيحة ومفتوحة تحت الفك . كنت أظن لأول وهلة أنها غدد درنية غير أنه تبين لى من فحصها أنها غدد

زهرية تقيحت . وقد تلاشت تماما عند علاجها من الزهرى . والغـدد الزهرية تستمر متضخمة طول دور الانتشار ، وفى النهاية عند حلول الدور الثـلاثى ترجع لحالتها الطبيعية ، حيث تتركها الاسبيروكيتا بالليدا ، وتبقى كامنة فى إحدى الأحشاء أو فى العظام أو غيرها ، وتسبب ظهور الأورام الصمغية الزهرية الثلاثية . ومما يحسن ذكره أن تضخم الغـدد الزهرى يشمل الجانبين من الجسم من ابتـداء تأثر الغدد ، لأن العدوى دورية عن طريق الدورة الليمفاوية والدموية ما عدا حالات نادرة فى القرح الأولية باللسان ، فان التضخم نشـعر به فى جانب واحد فقط وهو خلاف المعتاد .



صورة طفل مصاب بزهرى وراثى وتظهر غدد الرقبة متضخمة ومتقرحة بسبب العدوى بالميكروب السبحى والعنقودى من الفم (للمؤلف)

التشخيص النـــوعى :

(١) تضخم الغدد الدرنى ـــ فى حالات تضخم الغدد الدرنى تكون الغدد ملتصقة بعضها ببعض ومتقيحة . وقد نصادف وجود نواسير جلدية واصلة للغـدد ، كما يمكن من فحص المريض التثبت من الاصابة بالسـل . وتحليل الدم للوسرمان إيجابى فى حالات تضخم الغدد الزهرى .

(٢) الليمفادينوم أو مرض هدجكنس (Hodgekins' Disease) — فى هذا المرض يكون تضخم الغدد كبيرا والغدد غير متصلبة — كما هى الحال فى الزهرى — و يتضخم الطحال . وتحليل الدم للوسرمان سلبى بخلاف الزهرى .

(٣) الأورام الخبيثة (السرطان) (Carcinoma) — الغـدد فى الأورام الخبيثة لا يمكن تحريكها تحت الجـلد بسبب تصلبها والتحامها مع الأغشـية تحت الجلد . و يمكن العثور على موضع الورم السرطانى فى مثل اللسان أو الشـفة أو عنق الرحم . كما يمكن التأكد من طبيعتـه بفحص قطاع باثولوجى . وعند الشك نحلل الدم للوسرمان حيث تكون النتيجة سلبية دائمـا .

العوارض التى يشكو منها المريض فى الأدوار الأولى من دور الانتشار أو الزهرى الثـانوى

فى العـادة لا يشكو المريض المصاب بالزهرى الثانوى بشـكوى هامّة بسبب ما يشـغله عن العوارض البسيطة من ظهور الطفح الجلدى . وفى العادة يشـكو المريض فى بدء دور الانتشار من ارتفاع قليل فى الحرارة وصداع فى مقدّمة الرأس . و يعقب ذلك الشعور بهمود وميل للراحة . كذلك يشكو من آلام فى العظام، مع ملاحظة أن الشكوى الأخيرة تظهر بوضوح فى الأدوار المتأخرة من الزهرى الثانوى وفى الزهرى الثلاثى بسبب التهاب السمحاق والعظام والمفاصل . و يجب ملاحظة أن الطفح الجلدى لا يحدث حِكة (هرشا) فى الجلد، فالمريض الذى يشكو من الحكة إما أن يكون غير مصاب بطفح زهرى أو أن الطفح يكون قد تلوث بعدوى جلدية أخرى مثـل الإصابة بالجرب . وفى هـذه الحالة يجب فحص الدم للوسرمان للتأكد من الإصابة بالزهرى علاوة على العدوى الجلدية الأخرى ، كذلك اذا شكا مريض من الحكة وهو يعالج بالحقن الزرنيخية ضدّ الزهرى، ففى الغالب يكون سببها التهاب الجلد بسبب الزرنيخ .

ملاحظات عامة على الطفح الثانوى الحديث

سبق أن ذكرت وصف الطفح الزهرى الحديث (فى الأدوار الأولى من دور الانتشار) وبينت فيما ذكرت أنه بينما نرى نوعا من الطفح فى دور التلاشى نرى آخر فى دور الظهور، وهذه الخاصية تسمى تعدد المظاهر (polymorphism) . ويمكننا أن نضيف بعض ملاحظات أخرى هامّة عن كيفية انتشار الطفح وخاصياته .

(١) طريقة انتشار الطفح — من خصائص الطفح الجلدى الزهرى فى الأدوار الأولى من زهرى الانتشار الظهور بشكل منتظم على الجانبين ؛ ويستثنى من ذلك الروبيا (ومع هذا فهى مظهر متأخر نسبيا) حيث تظهر فى ناحية واحدة، بمعنى انه لا يوجد لها مقابل فى البقعة الجلدية المقابلة من الجانب الآخر . وفى العادة يبدأ الطفح بالظهور فى البطن وفى انثناءات الكوعين والركبتين، ثم ينتشر الى الظهر حيث يعم الجسم بأكمله .

(٢) الشكل الذى يأخذه الطفح — من الوصف السابق للزهرية الوردية والنقطية والحبيبية والحويصلية والمَلّية يمكننا أن نستنتج أن الطفح الثانوى المبكر يأخذ شكل دوائر منتظمة، وقد تلتحم أكثر من دائرة فتتكوّن دائرة كبيرة منتظمة . أما فى الأدوار التى تعقب ذلك مثل الطفح الدائرى أو الثعبانى فيأخذ شكل أنصاف دوائر أو أجزاء من دوائر .

التشخيص — يعتبر تشخيص الطفح الزهرى الثانوى من الأهمية بمكان لإمكان تشابهه بأى طفح جلدى آخر . ونحن نعتمد على الوصف الاكلينيكى فى الوصول الى تشخيص الحالة وعلى الأخص فى حال انتظام الطفح من حيث ظهوره فى الجانبين المتقابلين ومن حيث مظهره الدائرى . وكذلك خاصية وجود أنواع متعدّدة من الطفح فى وقت واحد (Polymorphism) . ومن الممكن العثور على الاسبيروكيتا باليدا فى المصل المأخوذ من حول البثرة أو من قعرها . وعند اللزوم يمكن تحليل الدم للوسرمان، حيث يكون دائما إيجابيا فى حالات الطفح الثانوى .

التشخيص النـــوعى :

(ا) الحالات الجلدية الآتية تشابه فى مظهرها الطفح الوردى :

(١) طفح بعض الحميـات ــ يمكن تمييز طفح بعض الحميات، مثل القرمزية والتيفود، بوجود حال مرضية شديدة مصحوبة بحرارة وعوارض الحمى، وهذه العوارض لاتحدث فىحالات الزهرى الثانوى. كما أن طفح الحصبة يختلف عن الطفح الزهرى بشدة الحكة التى تحصل فى الحصبة ولا تحصل فى الزهرى، كمايحصل فى الحصبة التهاب فى ملتحمة العينين ومضاعفات صدرية وارتفاع فى درجة الحرارة ووجود بقع الحصبة بالفم، وهى المعروفة باسم بقع كوبلك (Kopliks' Spots) .

(٢) أثر لدغ بعض الحشرات ــ كثيرا ما نرى حالات مرضية يظهر فيها طفح وردى خفيف يتبين فى النهاية أنه بسبب أثر البراغيث أو البق أو الناموس. ويمكن تمييز هــذا النوع عن الطفح الزهرى بوجوده فى شكل غير منتظم وفى مواقع معينة . فمثلا لدغ الناموس يظهر دائما فى الوجه واليدين والساقين والقدمين حيث تكون هــذه الأجزاء معرضة لتأثير الحشرة، والطفــح المسبب عن البراغيث يظهر دائمـــا حول السرة وهو مكان حزاللباس الداخلى، وهو منتشر بين الطبقات الفقيرة التى لا تعتنى بنظافتها عناية كافية .

(٣) الأريثما أو احمرار الجلد ــ فى كثير من حالات الأريثيا الجلدية العادية يختلط على الطبيب معرفة ما إذا كانت الحالة نتيجة إصابة زهرية أو غيرها. وللتأكد من ذلك نفحص الاحمــرار جيدا ، ففى الحالة الزهرية يكون الاحمــرار دائمـــا فى شكل دوائرصغيرة وردية منتطمة الشكل، بخلاف الأريثيا الجلدية فانها تنتشر فى شـــكل بقع كبيرة غير منتظمة ، ولا تتبــع نظاما خاصا فى انتشارها، فهى طالمـــا تغطى الظهر أو الساقين أو جزءا من البطن .

(٤) الارتكاريا (Urticaria) ــ تظهر فى شكل بقع حمراء كبيرة مرتفعة قليلا عن السطح . ومن أهم خواصها : الحكة الشديدة، وسرعة زوالها بالأدرنالين ولبنات الكلسيوم ومطهر للأمعاء .

(٥) سبريا (Seborrhoea) — هذا الطفح الجلدى مصحوب عادة بالحكة وهو نتيجة ثانوية لعدوى الرأس بالسبريا؛ لذلك يظهر الطفح حول الكتفين والرقبة وأعلى الظهر والصدر، وهى الأجزاء القريبة من العدوى الأصلية .

(٦) الطفح الناشئ من تعاطى بعض العقاقير — قد يظهر على بعض الأشخاص طفح جلدى عقب استعمال بعض العقاقير مثل الكينين أو الكوبيبا وغيرهما . وهذا الطفح سريع الظهور ويزول بمجرد إيقاف تعاطى الدواء . وهذا الطفح أيضا لا يأخذ نظاما خاصا فى الانتشار أو الشكل .

(ب) الحالات الجلدية الآتية تشابه إحدى مظاهر الطفح الحبيبى أو أنواعه :

(١) الأكنة الوردية (Acna Rosacea) — تظهر الأكنة الوردية غالبا فى الوجه، وقد تظهر فى الظهر، ولا تظهر فى البطن أو الساقين أو الفخذين، وهذه أهم نقطة للتفرقة بينها وبين الطفح الزهرى الحبيبى . وقد عرضت على حالات كثيرة من الأكنة الوردية فى الوجه لشبان وبنات ما بين سن الثامنة عشر والخامسة والعشرين، وقد تبين من تحليل دمهم أنهم مصابون بالزهرى . ولا يمكن الحكم فى هذه الحالات بما اذا كان هذا الطفح أحد مظاهر الزهرى أو هو من قبيل المصادفة فى مرضى مصابين بزهرى وراثى . وعلى أى حال فإنه فى حالات الأكنة التى يتبين أنها مصابة بالزهرى يتلاشى عادة طفح (Acne Rosacea) أثر الانتهاء من علاج الزهرى .

(٢) هربيز زوستر (Herpes Zoster) — يظهر طفح الهربيز فى شكل حبيبات صغيرة قد تتحوّل الى بثرات وتتجمع بعد ذلك، وهى تظهر دائما فى اتجاه الأعصاب، وخاصة حول الأضلاع حيث يتبع الطفح اتجاه الأعصاب التى بين الأضلاع (Intercostal Nerves) وهى ليست مظهرا من مظاهر الزهرى، وتحدث حكة شديدة للمريض . إلا أنه فى حالات زهرى السحايا أو أغشية النخاع الشوكى قد يتكوّن الهربيز أثر الالتهاب الزهرى فى جذوع الأعصاب عند اتصال السحايا الملتهبة بها، وهذه حالات نادرة الحصول . ومما يحسن ذكره بهذه المناسبة أن المركبات الزرنيخية والزئبقية وهى المستعملة فى علاج الزهرى من شأنها أن تحدث

طفح الهربيز ، وذلك فى الحالات التى يحدث لها التهاب الأعصاب المحيطى (Peripheral Neuritis) بسبب المعدنين المذكورين .

(٣) الصدفية (Psoriasis) — من خواص الصدفية الجلدية غير الزهرية أن طفحها يظهر دائما فى الأجزاء الخلفية مثل ظهر اليدين والساعدين والساقين، بخلاف الصدفية الزهرية فإنها وان كانت تظهر فى بعض حالات فى الظهر الا أن القاعدة هى ظهورها فى السطوح الانثنائية، مثل باطن المرفقين وخلف الركبتين والسطح الأمامى للساعدين وفى البطن . والصدفية الجلدية تؤثر فى أظافر اليدين والقدمين، حيث تسبب وجود حفر صغيرة متآكلة ذات لون بنّى فى الظفر، وقد تسبب تشققا أو تآكلا فيه ، وهذا لا يحدث فى الزهرى . كما أن الصدفية الجلدية يمكن أن توجد فى فروة الرأس ، وهذا لا يحدث عادة فى الزهرى . وعلاوة على ذلك فان الأغشية المخاطية تتأثر باللطخ البيضاء كما يحدث فى الفم فى حالات الزهرى، ولا يحصل ذلك فى الصدفية الجلدية الا نادرا . ومن حيث الطفح نفسه فإنا اذا أزلنا القشرة الفضية السطحية فى حالة الصدفية الجلدية فإن سطح البشرة تحتها يرى أحمر ورديا وتظهر نقط دموية عقب إزالة السطح الفضى، بخلاف الصدفية الزهرية فانه اذا أزيلت الطبقة الفضية القشرية فان لون السطح تحتها يرى أحمر نحاسيا ولا تظهر نقط دموية . ومن الغريب أن كلا من الصدفتين الزهرية والجلدية تحسن وتتلاشى عقب العلاج بالمركبات الزرنيخية، إلا أنه فى حالات الصدفية الجلدية يظهر الطفح من جديد بعد بضعة أشهر . وفى هذه الحالة يصبح أقل تأثرا بالعلاج عنه فى المرة الأولى . وفى حال الشك يمكن فحص الدم للوسرمان حيث يكون إيجابيا دائما فى حالة الصدفية الزهرية .

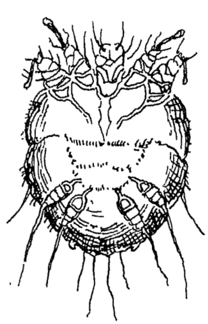
(٤) النخالية الوردية (Pityriasis Rosea) — يختص هذا الطفح الجلدى الوردى بظهور قشور خفيفة تشبه النخالة بعكس طفح الزهرى فان قشرة الطفح القشرى تكون أكبر حجما . وطفح النخالية الوردية يظهر أحمر بنفسجيا فى الحافة بينما يرى وسطه مائلا الى الاصفراء . والنخالية الوردية لا تظهر فى الوجه بخلاف الطفح الزهرى .

(٥) الورم الحبيبي الفطرى (Mycosis Fungoides) — هذه الإصابة الجلدية من الأمراض النادرة الحصول ولها أسماء متعددة مثل (granuloma fungoides) أو (Lymphocytoma) كما أن مظاهرها مختلفة . فالمظهر البسيط لها هو ظهور حبيبات رخوة متعددة فى الظهر أو الكتف و يمتاز بزيادة الحكة فيها . وقد نصادف حالات يعم فيها الطفح الجزء الأعلى من الصدر والرقبة فيشابه التهابا جلديا يظهر فيه الجلد فى نعومة ورقة لفافة التبغ بحيث يمكن رؤية الأوعية الدموية تحتها . و يحيط بهذا الطفح حبيبات تسبب كثيرا من الحكة ولهذا يكثر ظهور التقرحات فيها . وقد يظهر الطفح فى شكل أورام حبيبية تمكث سنوات عدة وربما سببت الوفاة لسبب ضعف القوى . و يعتبر هذا الورم ورما حبيبيا (granuloma) وأهم ما يميزه عن الطفح الزهرى شدة الحكة مع إزمان الطفح .

(٦) الحزاز (Lichen Planus) — يظهر هذا الطفح فى شكل حبيبات ذات سطح لامع ، فان كانت صغيرة الحجم ومتفرقة شابهت الطفح الحبيبى الزهرى ، غير أنها تختلف عنه بوجود حكة شديدة فيها .

(ج) الحالات الجلدية التى تشبه الطفح التقيحى الزهرى :

(١) الجرب — فى كثير من حالات الجرب تتقيح البثرات فتشبه فى ذلك الطفح الزهرى التقيحى ، غير أن الحكة التى هى من أهم صفات الجرب لا توجد فى الزهرى . ومواضع الجرب المعروفة هى بين أصابع اليدين وعلى الجانب الإنسى للساعدين وتحت الإبطين وحول السرة وفى الأليتين وأجزاء التناسل ، وتكثر الحكة ليلا . و يمكننا العثور على الأكاراس (acarus) من قعر البثور و رؤيته جليا تحت الميكروسكوب . (أنظر الشكل)



اكاراس الجرب كما يرى تحت الميكروسكوب مكبرا ٢٠٠ مرة

(٢) الحصف المعدى (Impetigo Contagiosa) — هى عدوى جلدية تتسبب عن الميكروب السبحى والعنقودى . وتكثر غالبا فى الأطفال حيث تظهر الحبيبة ثم تتحول الى بثرة ثم تتقيح ، و بعد ذلك تجف وتترك قشرة تسقط بسرعة عن الجلد وتترك أثرا أحمر خفيفا . وهى سريعة العدوى بحيث تصيب أجزاء الجسم فى أيام معدودة . والبثرات القيحية لا يوجد حولها تصلب كما يحدث فى الزهرى . وتختلف عن الزهرى فى كونها سريعة الظهور شديدة التقيح والانتشار . ولا تتقيد بانتظام دوائرها أو مواقع ظهورها كما فى الزهرى .

(٣) البثرية أو الإجذيما (Ecthyma) — هى مظهر شديد من الطفح المعدى (Impetigo Contagiosum) ويتسبب عن الميكروب السبحى (Streptococcus) ويصيب الشبان ضعفاء البنية بسبب عدم كفاية التغذية . وتظهر البثور غالبا فى الساقين ، وتختلف عن الطفح المعدى فى أن الإصابة تكون أكثر غورا فى طبقات الجلد . وتحوط البثرات دائرة قرمزية خفيفة . واذا أزيلت القشرة المغطية للبثرات فإنها تترك قروحا غائرة . واذا التحمت تترك ندبة جلدية كبيرة . وتختلف هذه عن الطفح الزهرى التقيحى فى كونها تلازم أجزاء خاصة مثل الساقين ، بخلاف الزهرى فإن طفحه ينتشر فى كل سطح الجسم ، فضلا عن أن القرحة التى تتركها غير منتظمة وليست كاملة الاستدارة كما هو الحال فى الزهرى .

(٤) الطفح الجلدى الدملى المعتاد (Furunculosis or boils) — تصيب الدمامل أى جزء من الجسم بسبب العدوى وعدم النظافة . والميكروب المسبب لها هو الميكروب العنقودى . وكثيرا ما يحضر لعيادتنا مرضى مصابون بدمامل عادية حيث يداخلهم الشك فى أنها طفح زهرى . وتختلف هذه عن الزهرى فى كون الاصابة غير منتظمة ، بمعنى انه يظهر على جزء من الجسم دمل أو أكثر بينما بقية سطح الجلد سليم . والدمامل العادية غالبا سطحية وتغطيها طبقة جلدية رقيقة .

(٥) الجديرى (Varicella) — تظهر فى الجـديرى بثرات تتقيح بسرعة وتزيد فى الانتشار فى بضع ساعات . وتختلف البثرات فى كون قشرة البثرة تغطى البثرة بأكملها من الابتداء ، بخلاف البثرة التقيحية الزهرية حيث تظهر القشرة فى الوسط وتأخذ وقتا طويلا حتى تغطى البثرة بأكملها . وتظهر قشرة البثرة فى الجديرى رقيقة للغاية بخلاف البثرة التقيحية الزهرية فان القشرة سميكة . والتقيح يبدأ من داخلها وذلك عكس البثرة فى الجديرى فإن التقيح سطحى . وترتفع حرارة المريض فى الجديرى ويلازم بسببها الفراش .

(٦) الأكنة التقيحية (Pustular Acne) — قد تتقيح حبيبات الأكنة (Acne Comedo) فتتحول الى بثرات قيحية مزمنة تصيب الوجه والظهر والصدر . ويسهل تشخيص هذه الحال بوجود حبيبات (Comedo) من الأكنة لم تتقيح بعد ، وهى تصيب عادة شباب الجنسين فى سن المراهقة . ويندر جدا أن تحدث بعد سن الثلاثين . وتختلف عن البثرات الزهرية فى كونها تصيب أجزاء خاصة من الجسم كما ذكرنا ، وفى كون البثرات تبقى مددا طويلة ، وقد تستمر سنوات على حالها وهو مالا يحدث فى البثرات الزهرية التقيحية . ويمكن فحص محتويات الأكنة بواسطة مخرج النصل (Comedo Extractor) (أنظر الشكل) .

مخرج النصل (Comedo extractor)

حيث نفحص المحتويات على شريحة من الزجاج بعد تلوينها فنرى تحت الميكرسكوب باشلس قصير وهو باشلس الأكنة (Acne Bacillus) .

الطفح الزهرى الثانوى المتأخر

ذكرت فى الباب السابق وصف الطفح الثانوى فى الأدوار الأولى والفروق بينه وبين الطفح الجلدى غير الزهرى ، والآن أنتقل الى ما نسميه الطفح الثانوى

المتأخر، أو المظهر النهائى لدور الانتشار . وفى الواقع ليس ثمة ما يدعونا للتفرقة بالدقة بين الدورين، بمعنى أنه ليس هناك حدّ فاصل بين الأدوار الأولى والأدوار النهائية من الزهرى الثانوى ، وكل ما هنالك أن الأطباء اتفقوا على اطلاق لفظ الطفح الثانوى المتأخر على مظاهر خاصة تظهر عادة متأخرة عن الطفح السابق وصفه .

والجدول الآتى يبين وجه المقارنة بين مظاهر نوعى الطفح المذكورين المتقدّم والمتأخر :

الطفح الزهرى الثانوى المتقدّم	الطفح الزهرى الثانوى المتأخر
يظهر مبكرا عقب ظهور القرحة ببضعة أسابيع .	لا يظهر قبل مضى أشهر على ظهور القرحة وقد يظهر بعد سنوات .
يظهر فى شكل متعدّد فى وقت واحد (Polymorphism) .	لا يأخذ سوى مظهر واحد معين فى المريض الواحد .
الطفح شديد العدوى .	أقل نقلا للعدوى من الطفح المبكر .
من السهل العثور على الاسبيروكيتا باليدا فى مصل قعر البثرة أو الزهرية .	من الصعب جدا العثور على الاسبيروكيتا باليدا فى قعر البثرة أو التقرح .
تحليل الدم إيجابى للوسرمان ١٠٠ ./٠ من الحالات .	تحليل الدم إيجابى للوسرمان ٨٠ ./٠ من الحالات .
الطفح منتظم الظهور فى الناحيتين المتقابلتين (Symmetrical) .	الطفح لا يوجد له مقابل فى الناحية المقابلة من الجسم (Asymmetrical) .
بعد زوال الطفح المبكر لا يترك عادة أثر يدل عليه .	بعد زوال الطفح المتأخر نرى ندبة خطية محاطة بهالة نحاسية تدل عليه .
تتضخم الغدد الليمفاوية بالجسم فى هذا الدور .	يزول تضخم الغدد الليمفاوية بالجسم فى هذا الدور .
الطفح لا يتقيد بالظهور فى أشكال دوائر .	الطفح يظهر دائما فى شكل دائرى أو أجزاء من دائرة .

أنواع ومظاهر الطفح الثانوى المتأخر :

(١) الطفح الزهرى الحبيبى المتأخر — هو طفح يشبه شكلا الطفح الحبيبى فى الزهرى الثانوى المبكر، غير أنه يختلف عنه من حيث طريقة الانتشار . ففى الطفح الحبيبى المبكر ينتشر الطفح على سطح الجلد بانتظام وفى الجهتين ، أما الطفح الحبيبى المتأخر فيظهر فى شكل دوائر أو حبيبات متجمعة فى شكل استدارات تظهر فى جهة واحدة من سطح الجلد وتظهر عادة فى القفا أو فى الأليتين .

(٢) الطفح الحلقى الثعبانى (Circinate or annular Syphilides) — هـذا الطفح هو أكثر أنواع الطفح الثانوى المتأخر انتشارا، ويرى فى شكل طفح درنى قشرى ينتشر فى شكل حلقات مختلفة الاتساع وتظهر عادة فى الوجه أو الرقبة وفى الكفين وفى الظهر والأليتين .



حالة زهرى حلق ثعبانى فى الألية (للمؤلف)



زهرى ثانوى متأخر — طفح حلق ثعبانى (للمؤلف)

(٣) الطفح النكسى فى الكفين والقدمين — يوجد نوعان من الطفح الثانوى النكسى يظهران عادة فى الكفين أو القدمين :

الأول — الطفح السطحى النكسى ، وهو يظهر فى شكل دائرة غير منتظمة سطحية تظهر فى باطن الكف ، وهى ذات لون أحمر خفيف . وتظهر فى جهة واحدة فقط وهو ما يميزها عن الطفح الثانوى المبكر . وهذا النوع من الطفح السطحى يتلاشى بالعلاج بالحقن الزرنيخية بسرعة .

والثانى — يظهر فى شكل حبوب سميكة تشبه عين السمكة (Corn) تظهر فى الكفين وتشمل الطبقة الجلدية وما تحتها ، بحيث إذا أزيلت تترك فجوة فى مكانها . وهذا النوع من الطفح كثير الظهور ويمتاز بصعوبة تأثره بالعلاج النوعى للزهرى ، وكذا يجوز ظهوره مرات متعددة . ويحتاج الى علاج زهرى كامل لتلاشيه .



زهرى ثانوى نكسى فى الكفين (للمؤلف)

٤ — الطفح الزهرى العقدى (Nodular Syphilides) — يظهر هذا النوع من الطفح فى شكل عقد درنية تجمع مع بعضها فى شكل دوائر كبيرة الاتساع أو أجزاء من دوائر فى شكل ثعبانى (Serpiginous) ، وقد تأخذ شكل تجعدات المخ . وبينما تظهر هذه العقد بوضوح نرى فى وسط الدائرة التى تحوطها

هذه العقـد أثرا للالتحام ذا لون نحاسى خفيف أو ندبة صـفراء أو بيضاء، وهذا الطفح كثير الظهـور حول الأليتين، وقد يظهر أسـفل البطن أو خلف الفخذين أو الكتفين، ويمتاز بظهوره فى جهة واحدة .

وهذا النوع من الطفح يمكن أن يشابه أنواعا عدّة من الطفح الجلدى ويمكن تمييز بعضها عن بعض حسب الآتى :

(أ) من الجـائز خلط الطفح الزهرى العقدى بالذئبه أو اللوبس (Lupus) ويمكن التفرقة بينهما حسب الآتى :

الصـفة	الذئبه أو اللوبس	الزهرى العقدى
نوع المريض المصاب	ضعيف البنية — فى مقتبل العمر ومصاب بالسل .	لا يشـترط فيه سن معينـة — وفى الغـالب يكون المريض قوى البنية .
لون الطفح	أبيـض قابل للصـفرة بسبب عدم ظهور الأوعية الدموية .	نحاسى مائل للحمرة بسبب وجود أوعية دموية .
الاحساس	ناعمة الملمس لينة وتسمى البثور (Apple jelly Nodules).	غير لينـة بل بالعكس يابسـة الملمس .
موقع العقد (Nodules)	فى وسط الذئبه أو وسط الندبة التى تتركها .	فى أطراف الطفح .
	الحافة غير منتظمة .	الحافة منتظمة وتأخذ شكل قطع من دوائر متعدّدة .
النـــدبة	سطح الندبة منخفض قليلا عن سطح الجلد بشكل منتظم .	سطح الندبة منخفض فى وسط قطـاعات الدوائر المكوّنة للنـــدبة .
	سطح الندبة لامع ومنتظم .	سطح النـدبة أبيض غير لامع وحافتها ذات لون نحاسى .

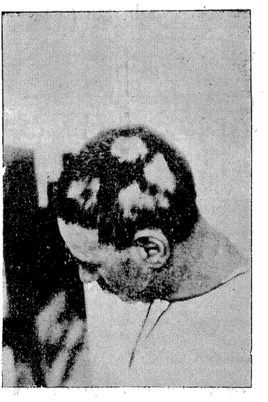
(ب) ومن الجائز أيضا أن يخلط المبتدئ الطفح الزهرى العقـدى بالثعلبية (Ringworm) وخصوصا ثعلبية الإبطين والأوربية (groin) . ويمكن من الجدول الآتى معرفة الفرق بين الطفحين :

الصفة	الثعلبيــة	الزهرى العقدى
السطح	أملس غير مرتفع عن سطح الجلد .	محاط بعقد مرتفعة عن سطح الجلد .
الفحص الميكرسكوبى	نعثر على الفطر (fungus) المسبب للثعلبيـة .	لا نعثر عليـه .
النـدبة	لا تترك ندبة .	تترك ندبه وسبق وصفها .

(٥) الصلع ــ يصاب بعض المرضى بالصلع فى دور زهرى الانتشار ، فيتساقط الشعر بدون انتظام ، إما من الرأس وإما من أى جزء آخر من الجسم .



صلع الرأس بسبب الزهرى ويلاحظ ظهور البهق فى المريض نفسه (للمؤلف)



صلع زهرى يشبه الصلع الثعلبى الجلدى (للمؤلف)

والبقعة التى يتساقط منها الشعر لا تصبح ملساء بل تبقى بها بعض شعرات رفيعة ، وهذا ما يفرقها عن الصلع الثعلبى حيث تكون البقعة الخالية من الشعر فى الحالة الجلدية الأخيرة ملساء خالية من الشعر . ومن مميزات الحالة الأخيرة : أننا إذا نظرنا الى جذع الشعر فى دور السقوط نراه آخذا شكل علامة التعجب (!) ، و إذا رفعنا إحدى الشعرات الآيلة للسقوط نرى جزءا كبيرا من طولها داخل بصيلة الشعر .

شرح بعض مظاهر الزهرى الثانوى الجلدى تظهر إما مبكرة و إما فى الأدوار المتأخرة

هناك مظهران جلديان للزهرى الثانوى قد يظهر كل منهما مبكرا فى الإصابة أو قد يتأخر بحيث يظهر بعد بضعة شهور أو أكثر وهما :

(١) البهــق الزهرى (Leucodermia Syphilitica) .

(٢) التهاب رحم الأظافر (Onychia) والالتهاب الداحسى (Paronychia) .

(١) البهق الزهرى (Leucodermia Syphilitica) — يظهــر البهق الزهرى فى شــكل بقع بيضاء . تظهر فى النساء أكثر منها فى الرجال ، وفى المــرأة السمراء أكثر من الشــقراء . وموضع الإصابة العنق والظهــر وأعضاء التناســل والساعدان والخصية والشفران . وكثيرا ما نرى فى العيادات الزهرية مرضى أصيبوا قبل ذلك بقرح فى أعضاء التناسل وتظهر فيما بعد بقع من البهق الزهرى فى أمكنة الإصابة . والإصابة فى الابتــداء تأخذ لونا أحمر خفيفا ثم تصبح بيضاء ناصعة . وكثيرا ما صادفت عند زاويتى الفم فى أطفال مصابين بالزهرى الوراثى بقعا جلدية بيضاء تشير إلى سابق وجود تشــققات زهرية ثم أخذت فيما بعد مظهر البهق . والبهق الزهرى أحد مظاهر البهق الجلدى ، حيث يعتــبر الزهرى أحد أسبابه ، ولو أن كثيرا من حالات البهق الجلدى لا نعرف لهــا ســببا معينا . ويعــزو بعض الباحثين إصابة البهق الى التهاب فى الغدد فوق الكليتين (Suprarenal glands) . ويذهب بعضهم إلى الاعتقاد بأنه فى حالة البهق الزهرى توجد إصابة التهابية زهرية

فى الوقت نفسه فى الغدد فوق الكليتين ، كما يوجد التهاب فى الأورطى . وأنا لم أتحقق شخصيا من هذه الملاحظة .

ومما يلاحظ فى شكل الجلد غير المصاب والذى يحيط بالدائرة المصابة بالبهق أن لونه يظهر أكثر اسمرارا عن لون بقية البشرة . والواقع أن هـذه الملاحظة غير حقيقية بل هذا تأثير على العين من نتيجة موازنة الجزء الأبيض بالجزء غير المصاب . والبهق لا يتبع نظاما خاصا من حيث تأثير العلاج فيه ، ففى بعض حالات يتلاشى البهق على أثر استعمال الحقن الزرنيخية ، بينما فى حالات أخرى يقف تقدّم المرض ، وفى أحوال ثالثة لا يظهر للعلاج تأثير مطلقا . وقد حاول بعض الأطباء اسـتعمال علاج موضعى للبهق . وذكر بعضهم تحسنا فى بعض حالات . ومن الطرق المستعملة مس سـطح البقع بمحلول مكوّن من ١ ./٠ من بيركلور الزئبق مذابا فى ٢٥ ./٠ من الكحول ، كما يسـتعمل محلول فولر الزرنيخى ١٠ ./٠ مسا . وقد يفيـد فى بعض حالات تعاطى أقراص من الغدد فوق الكليتين .


بهق فى عضو التناسل والصفن بسبب الزهرى (للمؤلف)


بهق زهرى فى اليدين والساعدين (للمؤلف)

٢ — التهاب رحم الأظافر والالتهاب الداحس الزهرى
(Onychia and Paronychia Syphilitica)

(ا) التهاب رحم الأظافر — (Onychia Sicca Syphilitica)

تنقسم إصابة رحم الأظافر الزهرية الى ثلاثة أنواع نصفها كما يأتى :

(١) النوع الأوّل — وفيه يكون الظفر هشا قابلا للكسر، فيصحبه تشقق فى طرف الظفر، أما حدود الظفر المتصلة بالأصبع فتكون مثقوبة أو مشرشرة. ومن الجائز أن تصاب جميع الأظافر ولكنها تكون على الأخص فى أصابع اليدين . والاصابة أكثر حصولا فى النساء منها فى الرجال .

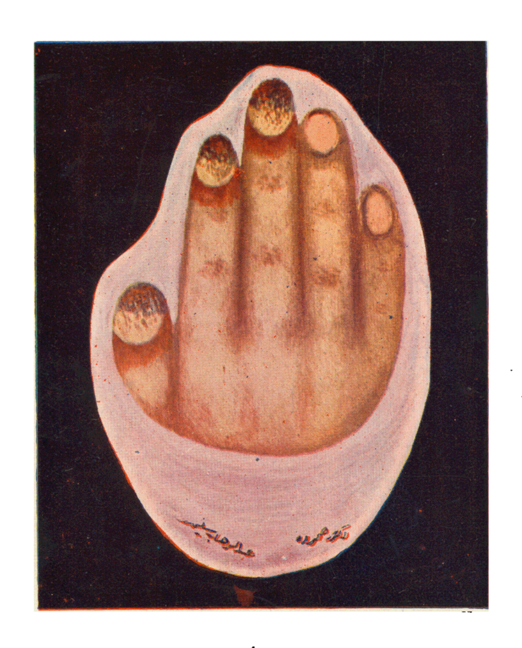
(٢) النوع الثانى — وفيه تظهر حفر فى سطح الظفر ويكون نظام الحفر فى خطوط مستقيمة تبدأ فى جذع الظفر وتنتهى فى طرفه الآخر . وهذه الحفر تظهر فى الابتداء فى شكل نقط بيضاء فى سطح الظفر ويكون من السهل رفعها بطرف مسبر مدبب فاذا ما تركت هذه النقطة البيضاء فانها تحوّل فى النهاية الى خروق سمراء اللون ذات سطح خشن . وقد يكون المظهران السابقان مجتمعين فى حالة واحدة . وهذا نادر الحصول .

(٣) النوع الثالث — وفيه يصيب الزهرى الظفر دون أن يشعر المريض بأى عارض من الألم سوى انفصال جزء من الظفر أو إنفصاله بأكمله . فاذا ظهر جديد مكان المصاب فإما أن يأخذ مظهر سابقه وإما أن يكون كامل التكوين مثل بقية الأظافر المعتادة .

(ب) الالتهاب الداحس الزهرى (Paronychia or perionychia Syphilitica)

تلتهب الأنسجة المحيطة بالظفر بسبب الزهرى فى حالات كثيرة ؛ فيصاب ظفر أو أكثر من أظافر اليد، ويكون فى الغالب ظفر السبابة أو الإبهام، وكذا ظفر الأصبع الأكبر للقدمين بسبب تعرضهما للاحتكاك . وفى الابتداء تحمر وتلتهب الأغشية المحيطة بالظفر وتحدث ألما. واذا تركت الحال بدون علاج يمتد الالتهاب

(لوحة رقم ٩)



زهرى الأظافر

الى جذع الظفر فتتآكل الأغشية ويسقط الظفر تاركا قرحة فى شكل (الحدوة) . وقد يظهر ظفر جديد اذا لم يكن تآكل الأغشية شديدا أو عفنا ، كما قد لا يظهر ظفر جديد بالكلية . ويصادف أن الالتهاب المحيط يسبب تورما فى الأغشية دون أن يسبب تقرحا .

التشخيص النوعى — من الجائز أن يخلط الطبيب بين حالة الالتهاب الداحس بالظفر وبين القرحة الزهرية الابتدائيــة فى الأصبع بسبب وجود الورم والالتهـاب فى كل ، غير أنه فى حالة القرحة الزهرية الابتدائيــة تتضخم الغــدد (Epitrochlear glands) أو غدد الإبطين (axillary glands) كما يمكن العثور على الاسبيروكيتا باليدا فى حالة القرحة الزهرية وذلك بالبحث عنها فى مصل القرحة .



التهاب رحم الأظافر الزهرى (للمؤلف)

الزهرى الثـــلاثى

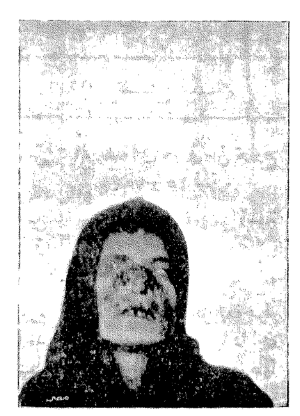
إن خير وسيلة لشرح مظاهر الزهرى الثلاثى هو فحص تلك المظاهر فى كل جزء من الجسم على حدته حتى يتثبت القارئ من تأثير الزهرى المباشر على هذه الأجزاء .

مظاهر الزهرى الثلاثى فى الجلد — الأورام الصمغية هى أهم مظهر جلدى للزهرى الثلاثى، وتبدأ عادة فى شكل تورّم تحت الجلد يختلف فى الحجم ثم يزداد فى الظهور حتى يلتصق بالطبقة الجلدية، وبسبب ضعف الدورة الدموية فى الطبقة الجلدية بعد التصاقها بالورم يتقرّح الورم فيتسع شيئا فشيئا، وأخيرا يتحوّل الى قرحة ذات حافة مستديرة منتظمة وقعر مغطى بطبقة سطحية من الأغشية الميتة . وهذه القرحة تختلف فى القدر والاتساع السطحى حسب موقع الورم ومدة الاصابة ودرجة تعرّض القرحة للميكروبات القيحية الثانوية . فكثيرا ما نرى فى العيادات الخارجية مرضى مصابين بأورام صمغية متسعة الحجم وتشمل أكثر من نصف حجم السطح الخارجى للساق أو الفخذ أو الساعد، كما يختلف فى الغور حيث تظهر أربطة العضلات الغائرة . وقد يظهر أكثر من ورم صمغى واحد فى بقع قريبة فتلتحم وتكون تقرحا كبير الحجم؛ كما أنه ليس من الضرورى أن يبدأ الورم الصمغى تحت الجلد بل قد يبدأ فى العضل أو العظم أو فى الأحشاء الداخلية . وكثيرا مايتصل الورم الصمغى بالعظم فيمتد حتى يشمل الأغشية تحت الجلد والطبقة الجلدية . وأهم المواقع لظهور الأورام الصمغية الجلدية هى السطح الوحشى للساقين وخلف الفخذين والأليتين وخلف الساعدين والمرفقين والسطح الوحشى للركبتين والسطح الخارجى للكتف، كما قد تظهر خلف اليدين وفى السطح الأعلى للقدمين وفى فروة الرأس . وعند ما يلتحم الورم الصمغى الجلدى يترك مكانه طبقة رقيقة من ندبة بيضاء تحيط بها طبقة نحاسية خطية .

التشخيص النوعى — هناك حالات مرضية كثيرة يجوز أن تلتبس بالورم الصمغى الجلدى المتقرح، وليس أهم من أن يتعوّد الطبيب رؤية عدّة حالات من الأورام الصمغية بالعيادات الخارجية فتترك أثرا فى ذاكرته أهم بكثير من قراءة الأوصاف العديدة للورم الصمغى فى الكتب . وتلتبس هذه القروح بقروح السل (Tuberculous ulcers) .

والجدول الآتى يبين الفرق بين التقرّح الصمغى وتقرّحات السل :

الوصف	تقرّح الورم الصمغى	تقــرّح الســـل
المريض	المريض ذكر أو أنثى بعد سن الشباب عادة .	المريضة أنثى غالبا فى سنّ تتراوح بين ١٥ و ٢٥ سنة .
الموقع	يصيب عادة الثلث الأعلى من السطح الوحشى للساق وفى ناحية واحدة .	يصيب عادة الساقين من الجهة الخلفيـــة .
وصف القـــرحة	تبـدأ الإصابة فى شكل ورم تحت الجلد يتقرّح ، وتأخذ القرحة شكلا مستديرا منتظما ذات قعر غير منتظم .	تبدأ الإصابة فى شكل بقعة حمراء ثم تصير جسما درنيا ذا لون أرجوانى ثم تتقرّح من وسطها مكوّنة قرحة كأسية الشكل (Crateiriform ulcer)
وصف الحافـــة	الحافـــة منتظمة وغير محفـور تحتهـا .	غير منتظمة ومحفور تحتها (ragged undermined edge)
تقدّم الإصابة	القرحة سريعة الاتساع من الابتـــداء .	القرحة بطيئة التقدّم والاتساع من الابتداء .
علامات أخرى	تظهر علامات الزهرى فى أجزاء أخرى من الجسم .	من الجائز العثـور على علامات للسل فى الصـدر أو الغدد الليمفاوية أو المفاصل .
الالتحام	تلتحم بسرعة اذا أعطيت علاج الزهرى تاركة ندبة بيضاء محاطة بهالة نحاسية .	لا تلتحم بسرعة مالم تحسن صحة المريض العامة .
تفاعل وسرمان للدم	إيجـابى .	ســلبى .



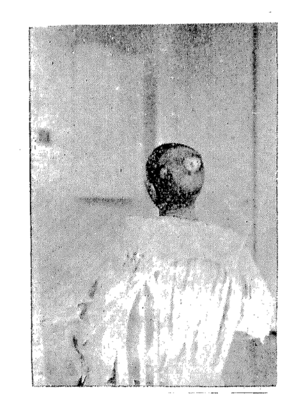
ورم صمغى بالوجه يشبه الذئبة (Lupus) (للمؤلف)



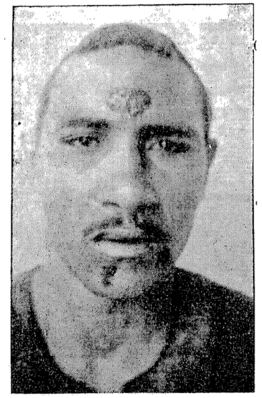
الورم بعد أخذ حقنتين من ٩١٤ (للمؤلف)



الورم بعد إتمام علاج دور كامل للزهرى (للمؤلف)



ورم صمغى بفروة الرأس (للمؤلف)



ورم صمغى بالجبهة وتقرحات بالذقن (للمؤلف)



ورم صمغى متقرح بالكتف (للمؤلف)



ورم صمغى متقرح بالإبط (للمؤلف)


ورم صمغى متقرح بالركبة (للمؤلف)


ورم صمغى متقرح بالركبة (للمؤلف)


ورم صمغى متقرح بالخد (للمؤلف)


ورم صمغى بالوجه يشبه الذئبه (Lupus) (للمؤلف)



ورم صمغى متسع التقرحات بالظاهر (للمؤلف)



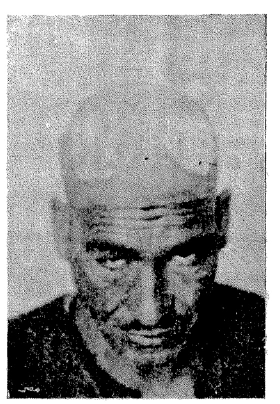
ورم صمغى متقرح بالساعد (للمؤلف)



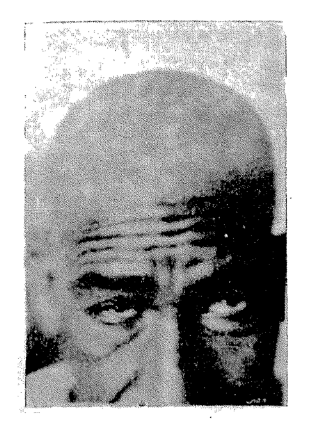
ورم صمغى متقرح بالكوع (للمؤلف)



ورم صمغى متقرح بأعلى القدم (للمؤلف)



زهرى ثلاثى بفروة الرأس (للمؤلف)
الحالة قبل العلاج



الحالة نفسها بعد العلاج



أورام صمغية متقرحة بالساقين (للمؤلف)

ومن الجائز أن يلتبس الورم الصمغى المتقرح بالقرحة الشرقية المعروفة فى بلادنا باسم اشمانيا (Leishmania) وخصوصا النوع المرتفع منها ، غير أنه من السهل تشخيص اللشمانيا بالنسبة لارتفاعها عن سطح الجلد، ولعدم تأثر الأغشية تحت الجلد بها، وذلك على العكس من الورم الصمغى حيث يبدأ ورما تحت الجلد ثم يتقرح، وقد يمتد الى الأربطة العميقة . واللشمانيا تأخذ مظهر البابللوما المتعددة العقد وهذا ما لا نراه فى الورم الصمغى . ويمكننا أن نعثر فى اللشمانيا على (Leishmania bodies) إذا فحصنا قطاعا منها .

الأورام الخبيثة — من الجائز أن تلتبس الأورام الخبيثة بالأورام الصمغية المتقرحة ، ولكننا اذا فحصنا الأورام الخبيثة جيدا نشعر بتحجر فى قعرها وتصلب فى الأغشية "تحت الجلدية" بمعنى أنه لا يمكن تحريك الجلد الذى على الورم . وكذلك تمتاز الأورام الصمغية الجلدية بأنها منتظمة الاستدارة والحافة ، وهذا ما لا نراه فى الأورام الخبيثة . والأورام الخبيثة تكون مصحوبة بتضخم فى الغدد الليمفاوية، بينما لا يصحب الأورام الصمغية تضخم فى الغدد الليمفاوية، وتحليل الدم للوسرمان إيجابى فى الأورام الصمغية وسلبى فى الأورام الخبيثة . وقد يتكون الورم الخبيث فوق تقرح زهرى ، ولذلك يجب الاحتياط فى فحص الورم، فان كان تحليل الدم إيجابيا للوسرمان وخامر الطبيب الشك فى أن الورم يحتمل أن يكون ورما خبيثا وجب أخذ قطاع منه وفحصه من الوجهة الباثولوجية للتأكد من طبيعته .

القرح الناتجة عن تمدد الأوردة (Varicose ulcers) — من خصائص القرح الناتجة عن تمدد الأوردة أنها أكثر انتشارا فى النساء منها فى الرجال بسبب كثرة الحمل ، وأنها تسبب ألما للمريضة، بخلاف الورم الصمغى المتقرح فإنه لا يحدث ألما للمريضة . كما أن موقع القرحة الناتجة عن تمدد الأوردة يكون فى الثلث الأسفل للسطح الخارجى للساق . وكذلك يتبين من فحص الفخذ والساق وجود أوردة متمددة ظاهرة، وهذا لا يوجد فى الأورام الصمغية التى تظهر فى الغالب فى الثلث الأعلى للسطح الخارجى للساق . والقرحة فى شكلها غير منتظمة وذات قاعدة ملتهبة وحافة

مستديرة . كما يحيط بالقرحة التهاب جلدى بسبب تساقط سائل القرح على الجلد المحيط بها . وفى الغالب يصحبها "أكزيما" تزمن وقتا طويلا ، وهذه القرحة مزمنة وتأخذ وقتا طويلا حتى تتسع أو تلتحم . وفى حال الشك فيها نحلل الدم للوسرمان حيث يكون سلبيا فى القرحة الناشئة عن تمدّد الأوردة و إيجابيا فى حال الورم الصمغى .

زهرى العين فى الأدوار المتأخرة

التهاب القزحية الزهرى (Syphilitic Iritis) — تظهر فى ابتداء زهرى الانتشار عوارض التهاب القزحية ، غير أنه قد تتأثر القزحية فى الأدوار المتأخرة ، وفى هذه الحال تختلف عن الإصابة الحديثة فى أنها تصيب عينا واحدة بدل الاثنتين . ومن خواص التهاب القزحية — ولا سيما فى الزهرى المتأخر — أن ألمها يكون بطيئا وغير شديد كما هى الحال فى التهاب القزحية بسبب الروماتزم أو بسبب السيلان . ونحن نعتمد فى تشخيص التهاب القزحية بسبب الزهرى على الألم المزمن الذى يشكو منه المريض ، وكذا على نتيجة تحليل الدم للوسرمان حيث تكون إيجابية . ومن الجائز أن تصاب القزحية بورم صمغى وهذا نادر .

التهاب الطبقة الوعائية الثانية للعين بسبب الزهرى (Syphilitic Chorioditis) — تلتهب الطبقة الوعائية الثانية للعين فى حالات الزهرى المتأخر ، وفى الغالب تكون الاصابة فى الجهتين ، غير أن إحدى العينين تكون أكثر تأثرا لشدّة الإصابة من الأخرى . وفى الغالب لا يشعر المريض بعوارض الإصابة إلا بعد أن تصبح الإصابة متأخرة .

العوارض — يشكو المريض من رؤية نقط سوداء اذا نظر لأى مرئى . و إذا نظر الى خطوط مستقية متوازية فانها تظهر له كأنها منحنية .

العلامات — تظهر غشاوات فى سائل العين الشفاف (Vitreous) وهذه تسبب "زغللة" فى نظر المريض .

تأثير العلاج — العلاج فى الأدوار الأولى من الإصابة مجدٍ للمريض ؛ على أنه اذا حضر لنا مريض فى الأدوار المتأخرة فمن الواجب إعطاؤه علاجا كاملا للزهرى حتى لا تزداد حالة التهاب العين سوءا .

الالتهاب القرنى الضبابى (interstitial Keratitis) — هذه الإصابة توجد عادة فى حالات الزهرى الوراثى بعد سنّ الثانية عشرة . ومن النادر أن تحصل فى الزهرى المكتسب ؛ وفيها تأخذ القرنية مظهر الزجاج (المصنفر) . وقد تكون الاصابة فى جهة واحدة أو جهتين .

التهاب شبكية العين الزهرى (Syphilitic Retinitis) — هذه الحالة تصاحب وتعقب إصابة الطبقة الوعائية الثانية للعين ، وفيها يظهر نزيف دموى فى العين .

التهاب عصب البصر الزهرى (Syphilitic Optic neuritis) — هو أحد عوارض الزهرى فى الأدوار الثانوية المتأخرة أو الثلاثية ، ويبدأ عادة فى عين واحدة . واذا ظهرت العوارض فى الابتداء فإن الشفاء يكون محققا . والاصابة نتيجة التهاب سحايا قاعدة المخ بسبب الزهرى . وقد تبدأ فى العصب نفسه دون أن تعقب التهاب السحايا ، ومن أجل ذلك تنقسم حالات التهاب عصب البصر الزهرى الى قسمين : التهاب ابتدائى والتهاب ثانوى — ففى الالتهاب الابتدائى تصاب عين واحدة فى المبدأ ولا يشعر المريض بالعوارض الى أن يصاب العصب بضمور، ويصبح من المتعسر الشفاء . وقد يكون ضمور العصب البصرى الابتدائى مصحوبا بحالة (التابيز) أو اختلاج الحركة (Tabes Dorsalis) وفى هذه الحالة تتلاشى عوارض عدم انتظام المسير إذا حصل ضمور تام بعصب البصر . ويعزى تلاشى هذه الظاهرة الى التأثير الوهمى الذى تحدثه حالة المريض فى حالة الأبصار . وسأتكلم عن الالتهاب الثانوى عند شرح زهرى أعصاب المخ .

شلل عضلات العين الزهرى — تصاب العضلات الخارجة المحركة للعين (external Ocular Muscles) بالشلل فتتكون الحالة المسماة (Ophthalmoplegia

externa)، كما تصاب العضلات الداخلية للعين (Intraocular Muscles) فتكوّن الحالة المسماة (Ophthalmoplegia Interna) . والشلل فى الحالتين إما أن يحصل بغتة أو تدريجا ؛ فإذا حصل الشلل بغتة فى مريض كبير السنّ فالإصابة تشير الى تصلب الشرايين فى المريض وتنذر بإصابة شلل نصفى أو شلل اللسان أو أى مظهر آخر للشلل . أما إذا حصل الشلل تدريجا فان إصابة عضلة واحدة بالشلل تنذر بإصابة عضلات أخرى تصحبها إصابة شلل المجانين العام أو اختلاج الحركة .

وشلل العضلات الداخلة فى العين — وهو عادة العلامة الأولى لإصابة اختلاج الحركة — قد لا يصحبه أى مظهر عصبى آخر .

وعلى العموم يجب علينا فى حالة الاشتباه فى إصابة العين بالزهرى فحص قعر العين بواسطة المنظار (Ophthalmoscope) وربما يعثر الطبيب على خطوط بيضاء مصاحبة للشرايين فى قعر العين ومتفرقة فى الغور مما يشير الى حالة استحالية فى شبكية العين . وقد تكون هذه الملاحظة هى الحكم الوحيد فى يد الطبيب للاستشهاد على حالة الدورة الدموية العامة فى المريض .

زهرى الأذن

تصاب الأذن بالزهرى فى دور الانتشار فيشكو المريض من صمم مزدوج بالأذنين، ونعلل الإصابة بحدوث حبيبات زهرية فى القناة السمعية (Eustachian tube) (استاخيو) من الطبلة للبلعوم، وخصوصا اذا ظهر التهاب فى بلعوم المريض . وقد يكون السبب فى الإصابة بالصمم فى جهة واحدة وجود حبيبة زهرية ثانوية فى صماخ الأذن الخارجية أو إصابة فى عصب السمع فى الجهة المصابة . وهذه الاصابة تنشأ عادة عن التهاب السحايا الزهرى وإصابة العصب المذكور . ولما كان العصب الثامن المخى يشمل فرعين : الفرع القوقعى (Cochlear) والفرع الدهليزى (Vestibular) لذلك يجوز أن يصاب أحد الفرعين أو كلاهما بالالتهاب الزهرى بسبب التهاب السحايا المغطية لقعر الجمجمة .

فان كانت الإصابة فى الجزء القوقعى على انفراد فان المريض يشكو من صمم يظهر بالتدريج، وقد يظهر فجأة ثم يختفى .

وان كان الفرع الدهليزى مصابا يشكو المريض من طنين فى الأذن ودوار وقىء، وهذا القىء لا علاقة له بتناول الطعام كما يحدث فى تقرحات المعدة أو الإثنى عشرى أو الالتهابات المعوية، والقىء يكون على أشدّه فى الصباح بسبب تغيير توازن القنوات الهلالية (Semicircular Canals) .

وقد يكون من مظاهر إصابة العصب الثامن ارتجاف كرة العين (Nystagmus) وخصوصا فى الأدوار الأولى من زهرى الانتشار .

ومما يجب ملاحظته بخصوص العصب الثامن أن الجزء القوقعى من العصب كثيرا ما يصاب وحده دون أن يتأثر الجزء الدهليزى . واذا ابتدأت الاصابة فى شكل التهاب العصب بسبب الزهرى (Neuritis) فانها تزداد سوءا ، واذا وصلت للطبيب متأخرة فان العلاج لا يجدى كثيرا فيها . ومما يحسن ذكره بهذه المناسبة أن حالات الصمم المسببة عن الزهرى والتى لا يظهر فيها من الكشف على المريض وجود علامات زهرية أخرى تكون من أصعب الحالات تأثرا بالعلاج . وقد يعزى الصمم لضمور ابتدائى فى الجزء القوقعى من العصب الثامن كما هى الحال فى ضمور عصب البصر الابتدائى . ويصحب بعض هذه الاصابات الابتدائية عوارض اختلاج الحركة (التابيز)، كما قد يكون السبب فى الصمم فى بعض حالات الزهرى المتأخرة وجود التهاب بالأذن الوسطى (Otitis Media)، أو بسبب التهاب العظام المحيطة بها .

ومن الأهمية بمكان أن يستدل الطبيب على سلامة عصب السمع (الجزء الدهليزى) من البقع الالتهابية الزهرية . ومن أجل ذلك أجريت ثلاث تجارب يتيسر بها للطبيب المختبر معرفة سلامة عصب السمع، وهذه التجارب الثلاث مبنية على فكرة إحداث ارتجاف (Nystagmus) فى العين ودوار (Vertigo) اذا أجريت على السليم . وهى تحصل بسبب اتجاه الطريق العصبى من الأذن للعينين من جهة

ومن الأذن للمخ (Cerebrum) من جهة أخرى . فإن كان هذا الطريق العصبي سليما فإن هـذه التجارب الثلاث تحدث للمريض ارتجافا في العين ودوارا ، أما إن كان العصب السمعى مصابا بالتهابات زهرية فإن الطريق العصبي يكون بعضه أو كله مسـدودا حسب درجة الإصـابة الزهرية . وعلى ذلك لا يحدث للمريض ارتجاف فى العين أو دوار اذا أجريت عليه هذه التجارب الآتى شرحها :

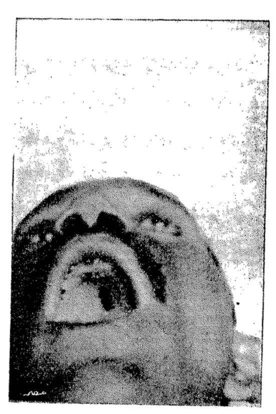
(١) التجربة المـائية — يجلس المريض على كرسى جلسة معتـدلة رافعا رأسـه ، ويدفع الطبيب بمضخة ماء ساخنـا أو باردا فى الأذن ، وذلك لمدّة ثلث أو نصف دقيقة .

(٢) تجربة الكرسى الدائرى — يجلس المريض على كرسى يتحـرّك حول محوره فى شكل دائرة ، ويدار الكرسى نحو عشر مرات فى مدّة ثلث أو نصف دقيقـة .

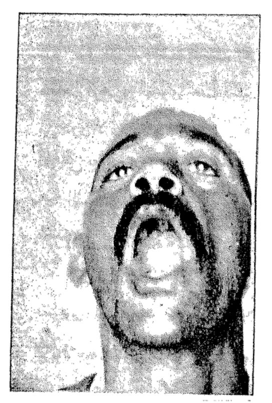
(٣) تجربة التيار الجلفانى — يوضع القطب الايجابى للتيار الجلفانى (Galvanic current) على أسفل الأذن الخارجية (Tragus) ، وفى الوقت نفسه يوضع القطب السلبى على ظهر المريض .

زهرى الحنك (Palate) والأنف

يصـاب الحنـك الصـلب (Hard Palate) بالتهـاب السـمحاق الزهرى (Syphilitic periostitis) ، وينتهى الالتهـاب بتكوين تقرّح وفتحة فى الحنـك (Perforation of Palate) . وهـذا يحصـل فى الزهرى الوراثى والمكتسب على السواء . ويحصل الالتهاب نفسه فى حاجز الأنف حتى يتلاشى فى بعض الحالات ، كما يحصل فى جذع الأنف فيسبب فطس الأنف وهو ما نسميه : أنف البرذعة (Saddle Nose) . وهذه الحالة نصادفها كثيرا فى حالات الزهرى الوراثى .



زهرى ثلاثى — نخر حديث فى الحلق (للمؤلف)



المريض نفسه عقب العلاج ضد الزهرى —
يلاحظ التئام الثغرة (للمؤلف)



طفل فى الخامسة عشرة من عمره مصاب بتآكل فى أنفه
بسبب الزهرى الوراثى (للمؤلف)

زهرى الفم فى الأدوار المتأخرة

سبق أن شرحنا ما يصيب الفم واللسان من القروح الزهرية الابتدائية ، وكذا مظاهر الزهرى الثانوى تحت باب " إصابة الأغشية المخاطية فى المظاهر الأولى من دور الانتشار "، وسنذكر فى هذا الباب مظاهر الزهرى فى الأدوار المتأخرة ، أى التى تعقب دور الانتشار .

اللسان — أهم ما يصيب اللسان من الزهرى المتأخر إصابتان :

(الأولى) صدفية اللسان (Leucoplakia) .

(الثانية) ورم صمغى باللسان .

فصدفية اللسان تكاد تكون دلالة على الاصابة بالزهرى . وتعتبر من الوجهة الباثولوجية محاولة من جانب الغشاء المخاطى لتكوين طبقة الجلد القرنية (Stratum Corneum) وصدفية اللسان كثيرة الحصول فى الاصابات الزهرية وعلى الأخص تلك الحالات التى لم يسبق لها علاج نوعى ، أو التى استعمل لها كميات كبيرة من الزئبق عن طريق الفم . ويعقب ظهورها فى بعض الحالات سرطان اللسان ، وسبب السرطان فى هذه الأحوال غير متفق عليه ، فبعض الأطباء يعزو إصابة السرطان الى صدفية اللسان نفسها ، والبعض يعزوها للتهييج المزمن باللسان .

وصف الإصابة إكلينيكيا وباثولوجيا — أوّل ما يلاحظه المريض ظهور تورّم فى الجزء الخلفى من سطح اللسان ، وهذا التورّم يأخذ فى الازدياد حتى يشمل جميع سطح اللسان ، فيظهر اللسان كبيرا أكثر من المعتاد ، لدرجة أن الأسنان تطبع أثرا يشابهها على حافة اللسان — وهذا الورم من الوجهة الباثولوجية عبارة عن التهاب فى النسيج الحشوى (Parenchymatous inflammation) . فاذا استمر هذا الالتهاب بضعة أشهر فإنه تتخلله خيوط ليفية تنتهى بانكماش اللسان فيظهر أصغر من اللسان المعتاد ، وتكون نتيجة الانكماش قلة التغذية الدموية لسطح اللسان فتتلاشى حلمات اللسان (Papillae) . وينتهى الأمر بتكوين سطح ناعم الملمس ، وهذا ما نسميه : اللسان الزجاجى السطح (Glazed Tongue) .

ولما كان انتشار المظهر السابق لا يكون بدرجة واحدة فى اللسان بأكمله . لذلك نصادف حالات يكون فيها جزء من اللسان متضخما والجزء الآخر متقلصا . وتكون نتيجة هذا الالتهاب غير المنتظم حصول تشقق فى اللسان ، ويكون التشقق موجودا على الأخص فى الأجزاء التى تتكوّن فيها أغشية ليفية (Fibrous Tissue) أكثر من غيرها ، ويكون مثل هذا اللسان عرضة للتقرحات الزهرية المزمنة كما يكون عرضة للإصابة بالسرطان . وكثيرا ما نلاحظ تكوين أورام سنطية على الأجزاء المتقلصة من اللسان يلجأ بسببها المريض للطبيب لازالتها ، وهذه إذا استعمل لها دواء كاوٍ بقصد استئصالها فقد يكون ذلك سببا فى إحداث تهيج فى اللسان ينشأ عنه إصابة بالسرطان . ويلاحظ أن الجراحين فى السنوات الأخيرة لايلجئون الى استئصال سرطان الاسان لأسباب كثيرة ،منها تجنب إحداث تهيج فى أجزاء سليمة من اللسان، فهم لذلك يعالجون سرطان اللسان بإبر الراديوم .

وبسبب سرعة تهيج اللسان تجنب فى علاج زهرى اللسان إعطاء كميات كبيرة دفعة واحدة من حقن النيوسلفرسان بل نبدأ باعطاء كميات صغيرة مثل ٠,١٥ جم، ولانتعدّى الكمية فى دفعة واحدة ٠,٣٠ جرام . ونحن نعوّل كثيرا فى علاج الالتهاب الزهرى فى اللسان على المركبات الكبريتية واليودية ، مثل التيودين أو الكنترامين أو اليود الغروى ، فنبدأ باعطاء المريض كميات كبيرة منها قبل البدء فى العلاج النوعى ضدّ الزهرى .

تشقق زهرى فى اللسان (للؤلف)

الورم الصمغى باللسان — نرى فى العيادات الخارجية عددا غير قليل من حالات الورم الصمغى باللسان، وتعزى كثرة حصولها فى اللسان للتهيج الذى تحدثه الأسنان وأنواع الأطعمة الحريفة، وموقعها عادة يكون فى وسط اللسان بالجزء الأمامى منه، وتكون فى شكل ورم واحد غير مؤلم للمريض مرتفع عن السطح، وسرعان ما يتقرح ويكون للتقرح حافة مستديرة منتظمة وقعر غير منتظم مغطى بطبقة من الخشكريشة (Slough) . ولما كان اللسان موضع إصابة الأورام الخبيثة مثل السرطان وجبت التفرقة بين الورم السرطانى والورم الصمغى المتقرح .

والجدول الآتى يبين أوجه الاختلاف بين الحالتين :

الوصف	الورم الصمغى المتقرح	الورم السرطانى Epithelioma
عمر المريض	يحصل فى الصغير والكبير على السواء	تحصل الاصابة عادة فى المرضى المتقدمين فى السن .
الألم	غير مؤلم للمريض	يحدث ألما للمريض .
الغدد الليمفاوية	لا تتضخم فى هذه الحالة	تتضخم وتتصلب ويصعب تحريكها بسبب التصاقها بالأغشية (تحت الجلدية) .
تحريك اللسان	يتحرك اللسان بسهولة	قد يعوق حركة اللسان تصلب الورم وارتشاحه فى الأنسجة المحيطة فى اللسان .
الحافة	مستديرة وصلبة	الحافة مشرذمة بسبب ظهور أجزاء متورمة من الورم السرطانى .
تفاعل وسرمان	إيجابى	سلبى ما لم يظهر السرطان فوق إصابة زهرية فيكون إيجابيا
فحص باثولوجى لقطاع من الورم	لا تظهر فيه آثار ورم خبيث	يتبين منه وجود ورم خبيث .
علاج الزهرى	يتلاشى بعلاج الزهرى	لا يتأثر بعلاج الزهرى .

(لوحـــة رقـــم ١٠)



تقرحات زهرية باللوزتين

زهرى لوزة الحلق

سبق أن أشرت الى القرحة الزهرية الابتدائية بلوزة الحلق . وفى الأدوار المتأخرة قد تصاب اللوزة بالورم الصمغى . ولما كانت هاتان الحالتان تلتبسان بحالات مرضية أخرى لذلك سأشرح فى الجدول الآتى (صفحة ٦٢) أوجه الموازنة بينهما و بين الحالات المرضية الأخرى .

زهرى الحنجرة والبلعوم

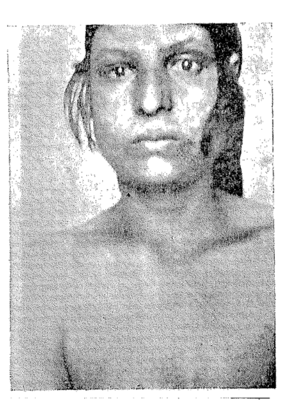
يكاد يكون من أكثر الإصابات الزهرية شيوعا فى العيادات الخارجية . والمرضى المصابون (ببحّة) فى أصواتهم يحضرون للعلاج بسبب هذه الاصابة . وهى تحدث فى الدور الثانوى ، وتنسب الى ظهور لطخ أو تقرحات صغيرة فى الحنجرة والبلعوم . ولما كانت درجة التهاب هذه الأجزاء تختلف من حيث شدّة الاصابة ودرجة إزمانها لذلك قد نعثر على حالات بها التحامات ما بين الحنك الرخو والبلعوم، كما قد تسبب الالتحامات صعوبة فى البلع أو التنفس بسبب تقلص الندبة التى يتركها التحام التقرحات الزهرية المزمنة . وكما ذكرت فى زهرى الأذن اذا فرض وأصيبت القناة السمعية (استاخيو) بلطخ زهرية فقد ينشأ للمريض بسببها صمم بسبب سدّ قناة السمع المذكورة .

زهرى العظام

لما كان الزهرى يصيب العظام والسمحاق (Periosteum) ، وقد يبدأ الالتهاب فى بعض الحالات فى السمحاق وفى الأخرى فى الطبقة العظمية أو فى نخاع العظام ، لهذا نعتبر الاصابة الزهرية من الوجهة الباثولوجية مظهرا واحدا لا يحتاج الى تفريق نوع من الإصابة عن الأخرى . غير أنه اذا بدأت الاصابة فى السمحاق فانه يتكوّن به نتوء (Periosteal nodes) وخصوصا فى عظم الترقوة والقص وعظمة القصبة والزند، وهذه النتوءات إما أن تتقرح أو تتآكل أو تتصلب وهذا ما يفرقها عن سركوما العظام .

القرحة الزهرية الابتدائية	الورم الصمغى	التهاب اللوزة الحويصلى Follicular Tonsilitis	ذبحة ڤانسنت Vincent's Angina	الدفتريا
هى إصابة سطحية لها حافة كاملة الاستدارة ، و إذا اجتمعت معها عدوى تقيحية ثانوية فإن القرحة تحافظ على استدارتها ، غير أنها تكون عميقة ومحاطة بطبقة التهابية حمراء . و يصحب القرحة ظهور تورم ظاهر فى الغدد الليمفاوية . والقرحة الزهرية لا تحدث ألما للمريض . والإصابة تحصل فى لوزة واحدة .	يأخذ مظهر تآكل وتقرح غائر فى اللوزة وفى جهة واحدة ولا يصحبه تضخم فى الغدد الليمفاوية ولا يحدث ألما للمريض لذلك فهى إصابة عميقة بخلاف القرحة الزهرية الابتدائية فهى سطحية .	تظهر نقط قيحية فى اللوزة المتورمة وتسبب ألما شديدا للمريض وخصوصا عند البلع ، وفى العادة تصاب اللوزتان واحدة بعد الأخرى بوقت قصير . و يصحب الإصابة ارتفاع فى الحرارة تسبقه رعشة عند المريض .	يشعر المريض بتوعك فى الصحة وارتفاع فى الحرارة مع قشعريرة . وبعد ثلاثة أيام يظهر تقرح فى اللوزة يصحبه تضخم قليل فى الغدد الليمفاوية و يتألم المريض عند البلع . و يلاحظ سرعة تقدّم التقرح فى اللوزة مما يشير الى أن الاصابة حادة ، وهذا مايميزها عن الزهرى ، كما تصاب اللوزة الأخرى بتقرح وهذا على العكس فى الزهرى وإذا فحصنا (فلما) من اللوزة المصابة فاننا نعثر على نوعين من الميكروبات الأول الباشلس المغربى (Gram positive fusiform Bacillus) . والثانى اسبيروكيتا جرام سلبية وذات أوليبات غير منتظمة . و يلاحظ أنه قد يصحب هذه الاصابة طفح وردى خفيف ، وفى هذه الحالة يجب فحص الدم للوسرمان للتأكد من أن الاصابة غير زهرية .	يظهر غشاء فوق اللوزة ويتبين من فحص عينه من حلق المريض وخصوصا من الجزء الموجود به غشاء وجود باشلس الدفتريا . والمصاب عادة طفل و يصحب الاصابة ارتفاع فى الحرارة ومظاهر الدفتريا الأخرى .

باثولوجيا زهرى العظام — يختلف مظهر الاصابة الزهرية من الوجهة الباثولوجية فى العظام الطويلة عنها فى العظام السطحية ، ففى العظام الطويلة مثل القصبة والزند يأخذ الالتهاب المظهر الجاف ، بمعنى أنه لايصحبه خراج، فهو من هذه الوجهة لا يمكن أن يعبر عنه بالورم الصمغى، حتى الطبقة الجلدية فانها لا تتأثر بالالتهاب . وينتهى أمر هذه العظام بتكوين طبقة عظمية مساوية فى الحجم للجزء المصاب، وهـذه الطبقة العظمية المستجدة تكون غاية فى الصـلابة وذات سطح ناعم منتظم، ويمكننا أن نرى تحديدا ظاهرا بينها وبين بقية سطح العظم . أما اذا أخذت الاصابة مظهر ورم صمغى فى العظمة والسمحاق فانها تكون مصحوبة بتآكل فى الجزء العظمى فتكوّن تجويفا فى الجزء المصاب . ويحوط هذا التجويف، كما يظهر داخله ، نتوءات عظمية، وتكون الطبقة النسيجية ما بين العظم والجـلد ملتهبة ومتورّمة ويظهر فى الجـلد تقرّحات غائرة تصـل الى العظام . هـذان هما المظهران للإصابة الزهرية فى العظام الطويلة .

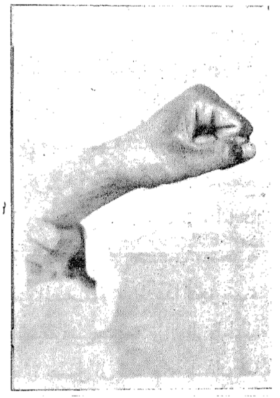


زهرى السمحاق فى الترقوة (للؤلف)

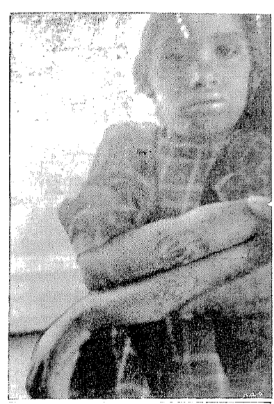


الحالة نفسها بعد علاجها ببضع حقن من ٩١٤ ويلاحظ امتصاص الالتهاب الزهرى (للؤلف)

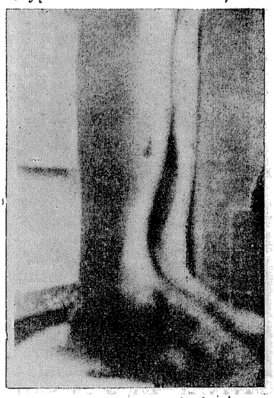
زهرى العظـام الطـويلة



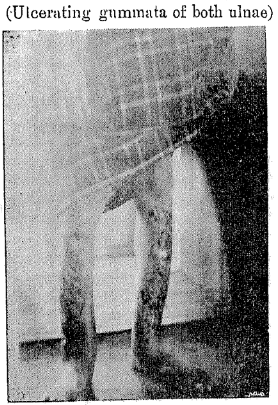
التهاب زهرى جاف بعظمة الكعبرة (للؤلف)
(Syphilitic ossteitis of Raduis)



أورام صمغية متقرحة فى عظمتى الزند (للؤلف)
(Ulcerating gummata of both ulnae)



التهاب زهرى جاف بعظمة القصبة (للؤلف)
(Syphilitic ossteitis of Tibia)



حالة أخرى بها التهاب زهرى بعظمة القصبة (للؤلف)
(Syphilitic Osteomyelitis of Tibia)

أما إصابة العظام المسطحة فانها تكون دائما فى شكل ورم صمغى وأعراضها شكوى المريض من أورام بالجبهة أو القص . وهذه بفحصها يتبين أنها رخوة تحتوى على سائل ، ولذا كان من الجائزأن تلتبس بالخراج البارد أو الأكياس الجلدية أو الدهنية . فاذا فتحنا هذه الأورام خطأ بالمشرط فلا نعثر إلا على نقط محدودة من القيح ، وتكون نتيجة هذا الفتح تسرب الميكروبات الجلدية الى داخل العظام ، فيتسبب عن ذلك التهاب نخاع العظام الحاد ، وهى حالة خطرة ربما تودى بحياة المريض . لذلك يجب أن نحتاط فلا نتسرع فى فتح مثل هذه الأورام قبل فحصها جيدا ، فاذا تبين أنها أورام زهرية وجب عدم مسها بالطرق الجراحية . ومثل هذه الأورام تكون مصحوبة بتآكل فى الطبقة العظمية الخارجية كما قد يمتد التآكل فيصل الى غشاء الأم الحنون فى حالة إصابة عظام الرأس . إلا أنه من المعتاد ألا يتعدى التآكل الطبقة المتوسطة بين سطحى العظم الداخلى والخارجى .



أورام صمغية بعظمة الزند (للمؤلف)

عوارض زهرى العظام — فى بدء إصابة العظام يشكو المريض من آلام شديدة دون أن يظهر الفحص أى تغيير فى شكل العظام ، وهذه الآلام تزداد ليلا عند النوم . ويمكن التحقق من أنها نتيجة التهاب العظام عند الضغط على العظمة حيث يشعر المريض أنها حساسة ، ويزداد الألم عند زيادة الضغط عليها .

التشخيص النـــوعى :

التهاب الأعصاب (Neuritis) — من الجائز فى بدء الإصابة أن يلتبس ألم زهرى العظام بألم التهاب الأعصاب ، إلا أنه بالفحص الدقيق يسهل التفرقة بين الاصابتين ، حيث يكون الضغط على العظام مؤلمـا فى حالة زهرى العظام ، كما أنه فى حالة الأعصاب يمكن تعيين الأجزاء المغذاة بأعصاب خاصة .

السركوما (Sarcoma) — يظهـر الورم السركـومى الداخلى بالعظام (Endosteal Sarcoma) فتظهر العظمة فى شـكل مغزلى ذات جدران رقيقـة ، بخلاف الزهرى فان العظم يكون فيه كثيفا ويظهر التضخم فى جهة واحدة . واذا شمل الورم الصمغى نخاع العظام مع الطبقة العظمية الصلبة فان هذا الورم لا يأخذ شكل السركوما المغزلى . ويجب عمل صورة بالأشعة للعظمة المصابة للتأكـد من الحالتين . كما أن هذا النوع من السركوما يشـبه قوامه قوام قشرة البيضة (Egg-Shell crackling) .

أما النوع الآخر من السركوما (الساركوما الخارجية) (Periosteal Sarcoma) فانها تكون كثيفة مثل الورم الزهرى ، غير أنهـا غير منتظمة فى شكلها . وفى حالة الشك يساعدنا تحليل الدم للوسرمان ، وهو إيجابى فى الزهرى وسلبى فى السركوما . وعلى العموم فان السركوما سريعة النمو ، أما الورم الزهرى فعلى العكس يأخذ وقتا طويلا لزيادة حجمه .

الميلوما (Myeloma) — ورم يحصـل فى نهاية العظام مثـل رأس عظم الفخذ أو عظم القص ، ويحدث انتفاخا فى نهاية العظمة وتآكلا فى الطبقة العظمية ، فتحس الورم كأنه قشر بيضـة (Egg-Shell crackling) وبالأشـعة يظهر الورم فى شكل طبقة عظمية رقيقة داخلها فجوة بها نتوءات عظمية غير منتظمة .

التهـاب العظام الدرنى (Tubercular Osteitis) — يبـدأ التهـاب العظام الدرنى عادة فى كراديس العظام (Epiphyses) أو تحت الغضروف المفصـلى

(Articular Cartilage) وفى بعض الحـالات يبـدأ فى نخـاع العظام فى شـكل الالتهاب العظمى النخاعى المزمن (Chronic Osteomyelitis) . وفى العـادة تصاب عظام القدم واليـدين بهذه الاصابة و يتسبب منها التهـاب العظام الدرنى (Tubercular Dactylitis) . والاصابة تحصل عادة فى الأطفال أو من هم حول سن البلوغ . ويكون المريض ضـعيفا . ويمكن العثور على أمكنة أخرى مصابة بالسل مثل الصـدر . وفى حالة الشـك يحلل الدم للوسرمان حيث يكون إيجابيا فى حالة التهاب العظام الزهرى (Syphilitic Dactylitis) وسلبيا فى سل العظام .

زهرى المفـاصـل

يعتبر زهرى المفاصـل — من الوجهة التشخصية — من الأهميـة بمكان ، إذ يجب تمييزه من حالات مرضية أخرى يلتبس بها مثل سيلان المفاصل، وسـل المفاصل ، والالتهابات المفصلية الحادة . وزهرى المفاصل حال غير نادرة إلا أنها أكثر حدوثا فى الزهرى الوراثى منها فى الزهرى المكتسب .

مظاهر زهرى المفاصل :

(١) التهاب الغشاء الزلالى المفصلى (Syphilitic Synovitis) — يلتهب الغشاء الزلالى للمفاصـل وخصوصا مفصل الركـبة ، وتكون الإصـابة فى الجهتين ، ويصحبها ظهـور سائل فى المفاصـل يسبب انتفاخه . والإصابة لا يصحبها ألم يذكر عنـد تحريك المفاصل ، لذلك لا نرى ضمورا فى العضـلات المحيطة بالمفصل كما هى الحال فى السل أو السيلان المفصلى .

(٢) الاستسقاء المفصلى (Hydrops Articuli) — فى بعض حالات ليست قليلة يشعر المريض دون سابق انذار بتورم فى مفصـل الركبة، وبفحصه يتبين ظهور استسقاء فى المفصل، وهذا الاستسقاء لا يحدث للمريض ألمـا ما ، كما لا يحدث له صعوبة فى الحركة، وقد يمكث أشهرا ثم يزول من تلقاء نفسه ثم يعود فيظهر بعد فترة أخرى .

التشخيص النوعى — تمر علينا حالات التهاب الغشاء الزلالى المفصلى وخصوصا فى الركبة، وأهم ما يسترعى نظر الطبيب الممتحن للإصابة الزهرية وجود الإصابة مزدوجة (فى الجهتين)، ووجود تورّم غير مصحوب بألم عند الحركة .



زهرى مفصلى بالركبة (التهاب الغشاء الزلالى المفصلى) يلاحظ ظهور التورّم فى ركبة أكثر منه فى الأخرى (للمؤلف)

واذا ما حلل الدم للوسرمان وهو دائما إيجابى فى هذا الدور من الاصابة الزهرية، تأكد من صدق نظرته . وقد نستعين بالأشعة على فحص المفصل حيث نشاهد تضخما فى الغشاء الزلالى للمفصل أو فى نهاية العظام الداخلية فى المفصل . و يجب التفرقة بين الحالات الآتية وزهرى المفاصل :

(١) الإصابة بالسيلان المفصلى — فى العادة يصاب مفصل واحد ان كانت الإصابة فى الركبة أو فى الحق الحرقفى، أما فى المفاصل الصغيرة فقد تكون الإصابة متعدّدة . وأهم مايسترعى نظر الطبيب شدّة الألم الذى يلاحظه على المريض عند محاولته تحريك المفصل، وأن الورم لا يصحبه استسقاء كثير فى المفصل كما هى الحال فى الزهرى . وفى الحالات المزمنة يحيط بالمفصل المصاب أغشية ليفية تعوق

حركة المفصل ، وهى من أهم علامات سيلان المفصل . كما أنه قد تنتهى الإصابة بالحالة المرضية المعروفة باسم "التهاب المفصل التشويهى" (Arthritis Deformans) وهى حال تمنع المريض عن حركة المفصل قطعا . هذا هو وصف الحال الاكلينيكية . ذلك الى أنه عند فحص المجرى البولى وملحقاته يتبين وجود إصابة سيلانية إما فى الحويصلات المنوية أو فى البروستاتا ، كما يتبين من فحص أفراز هاتين الغدتين . وقد نحتاج لعمل تحليل الدم بطريقة تثبيت المكمل للسيلان (Complement fixation test for gonorrhoea) حيث يكون إيجابيا للسيلان فى الحالات التى لا يثبت فيها وجود الجونوكوك عند تحليل الشرائح الزجاجية لافراز الغدتين المذكورتين .

(٢) إصابة السل المفصلى — هذه الإصابة أكثر شيوعا فى المفصل الحرقفى أو فى مفصل الركبة ، وأكثر ما تحصل فى سن الطفولة والبلوغ ، ويأخذ المفصل معها شكلا مغزليا بسبب ضمور العضلات المحيطة بالمفصل ، وتصبح حركة المفصل مقيدة بسبب الألم الذى يحدثه تحريكها . ويصاب عادة مفصل واحد ، ويكون السائل المفصلى قليلا . وبفحص المفصل بالأشعة يظهر تأكل فى العظام بسبب السل ، كما قد يصح العثور على خراجات باردة متصلة بالإصابة المفصلية .

(٣) إصابة الغشاء الزلالى المفصلى بالورم الصمغى — فى بعض حالات من الزهرى المكتسب ، وفى حالات كثيرة من الزهرى الوراثى ، يتضخم الغشاء الزلالى للمفصل بسبب إصابته بالورم الصمغى ، وهى حال نادرة يصعب التفرقة بينها وبين سل المفصل . وبالأشعة يظهر تضخم الغشاء وعدم تأكل العظام كما هى الحال فى السل .

مرض تشاركوت (Charcot's Disease) — يصيب هذا المرض المفاصل فى أدوار الزهرى المتأخرة ، وهو يختلف عن إصابة المفاصل السابقة فى أنه ليس مظهرا التهابيا فى المفصل ، بل هو نتيجة إصابة فى التغذية العصبية للمفصل ، وهى عادة مقدمة لإصابة زهرية عصبية عامة ولا سيما مرض اختلاج الحركة

(التابيز) . وقد تصــل الإصابة فى نهــاية الأدوار العصبية الزهرية فى المريض ، والسبب فى إصابة مفصل دون آخر هو تعرّض المفصل المصاب لإصابة أو مجهود حاصل . وهــذه الاصابة أكثر انتشارا فى النساء منها فى الرجال . ومظهر الإصابة انتفاخ المفصل بسرعة بسبب ظهور سائل مائى مائل للصفرة فى داخله ، وقد يمتد السائل فيتصل بالأكياس الزلالية (Bursae) المحيطة بالمفصل . ويلاحظ أن السائل يظهــر بسرعة حتى إنه فى مدى يوم أو اثنين — إن لم يكن فى بضــع ساعات — يصبح المفصل قابلا للحركة فى اتجاهات غير معتادة دون أن يشعر المريض بأقل ألم . وقد ينتج عن ذلك خلع فى المفصــل . وأكثر المفاصل تعرّضا للإصابة هى الركبة ومفصل الفخذ ، وقد يصاب أكثر من مفصل واحد فى وقت واحد .

سير الإصابة — يختلف سير الإصابة فى بعض الحالات عن بعض ، ففى عدد قليل من الحالات يمتص السائل بالمفصــل ويرجع المفصل الى حالته الأولى مصحوبا بضعف قليل فى الحركة ، وفى الأخرى يظهر السائل المرة بعد الأخرى بعد احتقانه قليلا ، وفى كل مرة يضعف المفصل من حيث الحركة عن المرة السابقة .

أنواع مرض تشاركوت — هناك نوعان لهــذه الإصابة : الأول النوع الضمورى (Atrophic Type) ، والثانى النوع التضخمى (Hypertrophic type) ؛ ففى النوع الأول — وهو أكثر شيوعا — تتآكل نهاية العظام الداخلة فى المفصل ، وتتراخى الأربطــة فتكون النتيجة تحوّل عظام المفصــل الى أجزاء عظمية متآكلة ، ويمكن بعدها تحريك المفصل الى أى اتجاه . ولا يكون للمريض شعور بتقييد الحركة كما هى العادة بسبب فقد إحساس المفصل .

أما فى النوع التضخمى فتظهــر أجزاء عظمية تحت الغشاء الزلالى للمفصــل وخصوصا فى الحالات المصحوبة بكمية كبيرة من السائل المفصلى ، وهــذه العظام تزداد فى الظهور والتضخم ، وبعــد مدة يلتحم بعضها ببعض ويكون نتيجة ذلك جمود المفصل وعدم قدرته على الحركة . وقد تأخذ الإصابة التضخمية وقتا طويلا لظهــور الزوائد العظمية فتشتبه الإصابة بالحــالة الالتهابيــة المزمنة للمفصــل .

(Ostes - Arthritis) — غير أنهـا تفترق عنهـا بوجود تآكل فى نهـاية العظام المتداخلة فى المفصل . وتظهر الزوائد العظمية حول الغضروف ممـا ينتج عنه عدم القدرة على تحريك المفصل جيدا ، ووجود احتكاك عظمى عند تحريك المفصل .

التشخيص النوعى — الحالة الوحيدة التى يجوز للطبيب أن يخلطها مع مرض تشاركوت هى حالة التهاب المفصل العظمى المزمن (Chronic Osteo - Arthritis) ولكن هنـاك فروق معينة تميز أحد المرضين عن الآخر . ففى مرض (تشاركوت) تأخذ الإصابة دورا سريعا ، وتنزل الاصابة عادة بمفصل واحد مع وجود كمية كبيرة من السائل المفصلى ، وكذلك عدم شعور المريض بألم ما . وبالأشعة يظهر تآكل فى نهاية العظام الداخلية فى المفصل ، على العكس من حال التهاب المفاصل العظمى ، فهى حالة مؤلمة للمريض ويكون السائل المفصلى قليلا ، وتظهر الاصابة فى أكثر من مفصـل واحد . وتظهر فى لوحة الأشـعة زوائد عظمية ملتفة حـول الغضروف ونهاية عظام المفصـل . ولا يعزب عن البال ان مرض تشاركوت يصـحبه فى غالب الأحوال عوارض مرض الخـراع (التـابيز) مثـل الآلام الخفيفـة التى تنتـاب المريض (Lightning Pains) . وظهور حدقة العـين المعروفة باسم (Argyl Robertson pupil) .

العــلاج — يعطى المريض عن طريق الفم كميات من مركبات اليـود مثل " يودور البوتاسـيوم " أو اليود الغروى ، كما يصح امتصاص سائل المفصل بواسطة حقنة ماصة ولو أنه سيتكوّن فى الغالب من جديد بعـد أيام قليلة . وأما عن تحريك المفصل فمن الممكن عمل جهاز خاص فى شكل جبيرة متحركة قد تساعد المريض على الارتكاز عليهـا بدل المفصـل . وفى بعض حالات متأخرة قد يكون العلاج الوحيد بتر الساق أعلى المفصل .

زهرى الأكياس الزلالية (Syphilitic Bursitis) — هـذه حالة نادرة وفيها تلتهب الأكياس الزلالية بسبب الزهرى ، ويكون السبب المهيئ اصابة مثل سـقوط أو تصـادم يصيب الأكياس ، فتتورّم الأكياس بسبب اصابة غشائهـا

الداخلى بالأورام الصمغية . ويمكن التأكد من تشخيص الاصابة بتحليل الدم للوسرمان، وبالبحث عن علامات إكلينيكية أخرى فى الجسم .

التهاب الوتر وغلافه بسبب الزهرى (Syphilitic Tenosynovitis) — هذه الاصابة أقل بكثير من زهرى الأكياس الزلالية، وفى العادة يختص الزهرى بغشاء الأربطة وحدها . ويختار عادة جانبا واحدا من المفصل . والاصابة بطيئة فى مظهرها حتى أنها تأخذ وقتا طويلا لظهورها . وهى قابلة للشفاء بالعلاج . ويصح خلطها بالاصابة نفسها بسبب الدرن، غير ان الحالة الأخيرة سريعة الظهور .

زهرى الجهاز التنفسى

إصابة الشعب الهوائيــة بالزهرى (Syphilitic Bronchitis) — تصاب الشعب الهوائية بالزهرى وخصوصا فى أدواره المتأخرة، وتظهر الاصابة فى شكل تقرحات مزمنة فى الشعب الهوائية، ويجوز أن يصحبها تقرحات فى القصبة الهوائية أو فى الحنجرة أو البلعوم . وأكثر ما تكون الاصابة فى إحدى الشعب الهوائية الرئيسية، وأكثر هذه الأعضاء إصابة مكان تفرع الشعبتين الرئيسيتين، أما مكان التقرح فيظهر متضخما ومرتفعا عن بقية سطح الغشاء المخاطى، وهاتان الظاهرتان تسببان نوبات من السعال تنتهى عادة بظهور بقع دموية . ومن مضار هـذه التقرحات أنها لو تركت دون علاج نوعى فقـد يسبب التحامها ضيقا فى الشعب الهوائية، كما قد يسبب الورم الصمغى المتقرح فى الشعب تقيحا فى المنصف الصدرى (Mediastinum) أو التهابا فى الرئة .

التشخيص النوعى — يجب أن نميز التقرحات الزهرية بالشعب الهوائية أو بالحنجرة من التقرحات المسببة عن السل أو السرطان، ففى الاصابة الزهرية لا يشعر المريض بألم يذكر فى مكان التقرح بينما يشكو من ألم متكرر فى تقرحات السل أو السرطان . وفى السرطان يكثر النزيف من التقرح كما لا ننسى أن فحص البصاق بكتريولوجيا يميز لنا حالة السل عن غيرها .

زهرى الرئة — كثيرا ما يهمل زهرى الرئة بسبب كثرة التفكير فى السل الرئوى وتشابه الإصابتين فى كثير من الحالات . على أنه يجب ألا يعزب عن البال أن المريض المصاب بالزهرى يكون أكثر تعرضا للاصابة بالسل من المريض العادى غير المصاب بالزهرى . بينما فى الضد من هذه الحالة لا يجرى على قاعدة معينة بمعنى أن المريض المصاب بالسل لا تؤثر إصابته فى درجة تعرضه للاصابة بالزهرى ولا على أدوار الزهرى عند إصابة به .

ويأخذ زهرى الرئة نفس المظهر الذى يأخذه سل الرئة ، غير أن الجزء المصاب بالزهرى يكون عادة أكبر وأكثر اتساعا ، ويصيب الزهرى فى العادة الفص الأوسط أو الأسفل من الرئة بعكس السل إذ يصيب غالبا الفص الأعلى . والمريض المصاب بزهرى الرئة يختلف عن المصاب بالسل الرئوى فى أنه لا يحس بمظاهر الضعف العام والهزال . وخير وسيلة لتشخيص الحالة هو عمل أشعة للصدر وفحص البصاق للسل . وزهرى الرئة يأخذ مظهر الورم الصمغى المختلف الحجم وتقع معظم الأورام الصمغية بجوار شعب القصبة الهوائية ، وكثيرا ما نصادف عقدا زهرية فى البللورية .

وفى حالات كثيرة تأخذ الإصابة الزهرية مظهر أغشية ليفية متجمعة فى جهة واحدة ، وتكون نتيجتها تقلص جزء كبير من الرئة ، أو تكوين الحالة المرضية المعروفة بتمدد الشعب (Bronchiactasis)

زهرى الغدد الصماء

تصاب الغدد الصماء بالورم الصمغى ، وهى اصابات نادرة صعب على الطبيب تشخيصها إن لم يوجد فى المصاب إصابة زهرية أخرى ، أو لم يقم بتحليل الدم للوسرمان . والغدد الدرقية إحدى تلك الغدد القابلة للاصابة ، فقد يصاب البرزخ أو جسم الغدة بالورم الصمغى فيسبب للمريض ضيقا فى التنفس كما قد يسبب صعوبة فى البلع بسبب الضغط على البلعوم . وربما التبست هذه الحالة بحال الأورام الخبيثة بالغدة ، غير أن أهم ميزة للأخيرة التصاقها وصعوبة تحريكها . وقد

تصاب الغدد التى فوق الكلية والمبايض والبروستاتا والغدة النخامية بالأورام الصمغية أو بالتليف الزهرى . وكما سبق وذكرت فانا لا نعتمد فى تشخيص اصابتها على فحص الورم وحده بل على العوارض الزهرية الأخرى الأكثر وضوحا فى بقية أجزاء الجسم .

زهرى الجهاز البولى والتناسلى

الكليتان — قد تصاب الكليتان بالالتهاب الكاوى الزهرى فى الأدوار الأولى من زهرى الانتشار فينتج عن ذلك ظهور زلال فى البول ، ولهذه الاصابة صعوبتها عند التشخيص فليس من الهين الحكم بما إذا كان الزلال منشؤه الزهرى أو هو نتيجة مرض آخر . وإن الصعوبة لتتضاعف إذا تصادف وأخذ المريض أملاحا مثل الطرطير المقيء أو الزئبق أو البزموت أو الزرنيخ فى شكل حقن ، فان هذه الأملاح المذكورة قد تسبب هى الأخرى التهابا كلويا فيظهر الزلال فى البول . لذلك كان علينا أن نعوّل فى تشخيص الاصابة للتأكد من اصابة المريض بالزهرى على :

(١) على وجود عوارض أخرى ظاهرة أو لظهور نتيجة الدم للوسرمان ايجابيــة .

(٢) تحسن الحالة عقب العلاج ضد الزهرى مع استعمال الأدوية النوعية باحتياط .

ويلاحظ أنه من الجائز إصابة الكلية عقب الزلال البولى بسبب الزهرى بالمرض التشمعى (Amyloid Disease) .

أما فى الأدوار الزهرية المتأخرة فقد تصاب الكليتان بتليف زهرى يتسبب عنه إما التهاب كاوى خللى (Interstitial Nephritis) أو حشوى (Parenchymatous Nephritis) كما قد تصاب الكلية فى أى جزء منها بالأورام الصمغية الصغيرة المتعدّدة . وقد يصادف أن يصاحب حالة الأورام الصمغية بالكلية الالتهاب الكاوى الدموى المتناوب (Paroxysmal Hoemoglobinuria) . وفى حالة وجود ورم صمغى كبير الحجم قد يكون من الصعب تمييز الاصابة عن حالة سل الكلية

حيث قد تتساوى العوارض فى الحالتين، وهنا يجب الفحص الدقيق الكامل من فحص بول وتحليل دم واستخدام الأشعة للفحص .

المثـانة ــ قد يصاب غشاء المثانة بالحبيبات الزهرية الثانوية فى دور الانتشار وهذه لا تسبب عوارضا للمريض ما لم نتقرح فيشكو المريض منها التهابا فى المثانة، ولا يمكننا تمييز التهاب المثانة بسبب الزهرى من الالتهاب الناشئ عن أى سبب آخر مثل البلهارسيا أو السل أو السيلان أو الحصوة . والذى نعوّل عليه دائمـا هو فحص المثانة بالمنظار (Cystoscope) و به يمكن رؤية تقرحات المثـانة . وفى هذه الحالة يجب التفكير فى التقرحات الزهرية بقدر ما نفكر فى التقرحات الدرنية حيث يسهل علاج الحالة الأولى إذا أعطى المريض العلاج النوعى المعتاد .

وفى الواقع أن التهاب المثانة بسبب الزهرى يهمنا فى الحالات الزهرية العصبية ولا سيمـا فى حالة اختلاج الحركة أو الخراع (التابيز) حيث يكون انحباس البول إحدى العوارض المهمة ، كما قد يشكو المريض فى الأدوار المتأخرة سلس البول .

ولمـا كان يهمنا معرفـة أهم العوارض الأخرى التى تشـير الى الاصـابة بالخراع (التابيز) فى حالة التهـاب المثانة ، لذلك يمكننا الاشارة الى أنه فى هــذه الحالات يشـكو المريض عادة من فقـد الشهوة الجنسية ونحن نعوّل على هذا العارض الأخير فى تشخيص الحـالة ، كما نعوّل على وجود حدقة أرجيل روبرتسن (Argyl Robertson pupil) .

منظر داخل المثانة فى حالة الخراع ــ فى حالة الخراع لا يشعر المريض بألم مطلقا عند ادخال منظار المثانة للفحص، لذلك يسهل فحص مثل هذه الحالات وقبل رؤية المثانة يمكننا رؤية جزء البروستاتا المسمى "بالعرف الجبلى" (Verumontanum) وما حوله من الفتحات بوضوح تام : وفى المثـانة نرى الجـزء المثلث من الغشاء (Trigone) أشد اصابة من بقيـة سطح الغشاء ، ويحوطه عادة طيات من الغشاء (Trabeculae) كما نلاحظ على العموم وجود طيات متعدّدة فى الغشاء أكثر من

المعتاد به ، كما نلاحظ ظهور العضـلة العاصرة الداخلية للمثـانة بوضوح تام بسبب تضخم حافتها . وهذه الظواهر جميعها تعزى لشلل العضلات العاصرة للمثانة ، كما قد تعزى لضعف العضلة الداخليه للمثانة .

الخصيتان (Testicles) — يلتهب البربخ (Epididymis) فى الأدوار الأولى من زهرى الانتشار ، فتحصل الإصابة إما فى جهـة واحدة أو فى جهتين . وقد تكون الإصابة مبكرة حتى أنها قد تحصل قبـل ظهور الطفح الثـانوى — وأكثر ما تكون الإصـابة فى الرأس الأكبر (Caput Major) حيث يكون قوامها غير منتظم التضخم ، وقـد تصحب إصـابة البربخ الزهرية قيـلة مائية . أما الخصية نفسها (Testis) فان الإصابة الزهرية تأخذ فيها أحد مظهرين : (الأول) وهو الأكثر شيوعا — الورم الصمغى بالخصية . (والثانى) وهو الأقل شيوعا — تليف الخصية العـام (Diffuse interstitial fibrosis) وكلتا الإصابتين تصيب الخصيتين معـا . وهى إصابة بطيئة تأخذ وقتـا طويلا لظهورها . ومن أهم خاصياتها فقد إحساس الخصية ، بمعنى أن المريض لا يشعر بأى ألم عنـد الضغط عليها ، وهذا ما يميز هذه الإصابة عن غيرها ، كما أنه لا يصحب الإصابة تضخم الغدد الليمفاوية.

التشخيص النوعى — يهمنا أن نفرق بين الإصابة الزهرية بالخصية وبين سل الخصية والأورام التى تصيبها . ففى السل تكون الإصابة عادة فى البربخ وليست فى الخصـية ، كما أن الحويصلات المنوية والحبـل المنوى يصابان بعقـد درنية ويتقيح عادة مكان الإصابة ويتصل بالسطح الجلدى . كما يمكننا أن نعثر على إصابة بالدرن فى أجزاء أخرى مثل الرئة أو الكلية أو المفاصل أو الغدد الليمفاوية. أما الأورام التى تصيب الخصـية فتكون عادة فى جسم الخصـية نفسه ولا تفقد الخصية حساسيتها إلا أخيرا ، وتتضخم الغدد الليمفاوية عادة فى أورام الخصية ، كما أن الورم يأخذ فى الكبر بسرعة ويسبب ألمـا للمريض فى الخصية . وعند إحساس الخصية فى حالة الأورام نشعر بصلابة حجرية بعكس الورم الصمغى فإنه لا يكون

فى حالة تصلب حجرى . ولا يجب أن ننسى أن تحليل الدم للوسرمان يكون إيجابيا فى الزهرى وسلبيا فى الأورام .

وقبل أن أختم هذا الباب يجب أن أشير الى أنه من الجائز أن تصاب الخصية باصابة نتيجة سقوط أو تصادم مما يتسبب عنه ورم الخصية، وهذه الحالة من السهل تشخيصها عند معرفة تاريخها، ولأن الإصابة فيها تكون حديثة ومصحوبة بالتهابات حادة . بقى على أن أشير الى احتمال إصابة الأجزاء التناسلية الأخرى فى النساء والرجال بالزهرى مثل المبيض والرحم والمهبل والبروستاتا، وفى جميع هذه الأجزاء تأخذ الإصابة مظهر تليف عام (Diffuse Sclerosis) ونستعين على تشخيص الحالة بفحص المريض اكلينيكيا مع فحص دمه للوسرمان .

زهرى الدورة الليمفاوية

من المعلوم أن الاسبيروكيت فى الأدوار الأولى تنتقل من مكان الإصابة عن طريق القنوات الليمفاوية الى أقرب غدد ليمفاوية، وقد يكون نتيجة ذلك التهاب القنوات الليمفاوية كما يحدث أحيانا على جسم عضو التناسل حيث يمكننا أن نرى خطا ملتهبا متجها من مكان الإصابة الى ناحية الغدد الليمفاوية الموضعية الأولى . واذا فحصنا فى هذا الخط الملتهب نراه متعرجا ومنتفخا فى بعض النقط دون الأخرى . وهذا الانتفاخ يعزى الى زيادة الالتهاب فى هذه البقع مما قد يجعلها تشابه خراجا حادا . واذا صادف والتهبت جميع القنوات الليمفاوية المحيطة بجسم القضيب فانه يتسبب عن ذلك أوذيما القضيب فيأخذ حجما أكبر بكثير من المعتاد وتتضخم الغدد الليمفاوية على العموم فى دور زهرى الانتشار (الزهرى الثانوى) إلا أنه بالرغم من ذلك فان الغدد الموضعية التى نراها أكثر تضخما هى التى تصل اليها القنوات الليمفاوية الآتية من مكان القرحة الزهرية ، ولذلك نلجأ دائما الى فحص الغدد الأوربية السطحية عند اشتباهنا فى تسلخ القضيب أو تقرحه .

ويهمنا أن نفحص الغدد الليمفاوية بالرقبة لما لها من الأهمية فى إظهار تقرح غير ظاهر فى الفم . ولما كانت القنوات الليمفاوية يمكن أن تسير من أحد شق

الجسم الى الآخر، لذلك نرى تضخم الغدد الليمفاوية مزدوجا فى الناحيتين . وإنى أكرر هنا ما سبق لى أن ذكرته فى وصف الغدد الليمفاوية الزهرية من أنها متفرقة وصلبة وغير متقيحة أو مؤلمة ، غير أنه يجب أن نلاحظ أنه اذا صحب الإصابة الزهرية التهابات ثانوية فمن الجائز أن تتقيح الغدد الليمفاوية، وهذا ما يحصل فى كثير من حالات زهرى الفم حيث قد تتقيح غدد الرقبة بسبب الميكروبات الثانوية الموجودة بكثرة فى الفم والأسنان . وبهذه المناسبة يحسن أن نذكر أن هذه الالتهابات الثانوية قد تؤخر شفاء الاصابة الزهرية بالأدوية النوعية المعروفة ، لذلك يجب معالجة الاصابة الثانوية أولا فى المريض المصاب بتقرحات زهرية مزمنة أو التهابات فى الغدد الليمفاوية .

زهرى الدورة الدموية

زهرى الأوردة — يهتم قليل من الكتاب بزهرى الأوردة مع أننا يجب ألا ننسى أن الأوردة مثل الشرايين تصاب بالزهرى وخصوصا أوردة الأطراف، وقد تكون النتيجة المباشرة للاصابة الزهرية بأوردة الذراعين حصول احتقان فى الأصابع ، وهذا الاحتقان يظهر ثم يزول ثم يعاود الكرة . واذا لم ندقق فى الفحص فى هذه الحالة وعوّلنا على التشخيص المعتاد خيل الينا أنه هو مرض رينودز (Raynauds') والعلاج بطبيعة الحال يختلف فى المرضين . وليس من مصلحة المريض اعتبار الحالة مرض رينودز بينما هى حالة زهرية فى أشدّ الحاجة الى علاج سريع . واذا أصاب الزهرى أوردة الساقين ففى العادة تصاب ساق واحدة ، والوريد المعتاد اصابته فى هذه الحالة هو الوريد الصافن القصبى الداخلى (Internal Saphenous Vein) . فاذا تتبعنا مجرى الوريد فى الاصابة فاننا نشعر بصلابة بسبب تجمد الدم ، ويشعر المريض بألم عند الضغط عليه، كما نلاحظ زرقة فى القدم . ولا يعزب عن البال أن هذه العوارض كلها تتلاشى تدريجا عند استعمال العلاج النوعى وخصوصا المركبات الزرنيخية واليودية .

زهرى الشرايين — تصاب الشرايين بالزهرى بسبب ميل الأسبيروكيتا الخاص للتأثير فى جدران الأوعية الدموية، وهذا يحصل فى جميع أدوار الزهرى . وتنقسم إصابة الشرايين الزهرية الى قسمين : أحدهما يصيب بعض الشرايين ، والثانى يصيب الشرايين على وجه عام . وفى الحالة الأولى قد تصاب شرايين كبيرة مثل الأورطى والشرايين المغذية للمخ دون أن يؤثر ذلك على الشريان الكبدى أو غيره من الشرايين المحسوسة .

شرح الاصابة من الوجهــة الباثولوجية — تبـدأ الاصابة عادة فى الطبقة الخارجية للشريان (Adventitia) وقد تبدأ فى الطبقة المتوسطة (Media) كما يحصل فى التهاب الأورطى الزهرى . ومن النـادر أن تبدأ الاصابة فى الطبقة الداخلية للشريان . ويحصـل ذلك عادة عقب اصابة الطبقتين السابقتين . وبعـد أن تبدأ الاصابة فى احدى الطبقات المذكورة تمتد الى بقية الطبقات فيصاب الشريان بالزهرى فى جميع طبقاته . ويمكننا بالفحص الدقيق العثور على الاسبيروكيتا بالليدا فى الطبقات المصابة بالمرض . ولمـا كان شريان الأورطى والشرايين المخيـة تختلف فى إصابتهـا بالزهرى عن بقيـة الشرايين الأخرى كان من الضرورى أن نشرح كلتا الاصابتين على حدة . وإذا أصيبت شرايين الساقين بالزهرى فمن الجائز أن يصاب الساق أو القدم بالغنغرينة .

زهرى شرايين المخ — تكثر بالطبقة الخارجية للشرايين الخلايا المستديرة (Round cells) كما تصاب الشرايين الصغيرة التى تغذى الشريان (Vaso Vasorum) بالالتهاب الزهرى . كذلك تتجمع الخلايا المستديرة فى الطبقة الداخلية للشريان فتتضخم تلك الطبقة حتى قد يؤدى ذلك إلى انسداد الشريان (Endartritis Obliterans) . أما الطبقة المتوسطة فقد لاتتأثر بالإصابة إلا أخيرا عقب إصابة الطبقتين الأخريين . وعند ما تصل الإصابة فى الشريان الى هـذا الحد تضمر عضلات الشريان ويحل محلها خلايا ليفية . على أن تضخم الطبقة الداخلية والخارجية يأخذ فى الواقع شكل

الورم الصمغى من الوجهة الباثولوجية . و إذا تقدّمت الإصابة المرضية فى الشريان فقد يتحوّل فى النهاية الى حبل ليفى (Fibrous Cord) .

التهاب الأورطى الزهرى (Syphilitic Aortitis) — يأخذ الالتهاب عادة مظهر إصابة مزمنة ، و إن كان الالتهاب حادا — وهو نادر الحصول — فقد يكون مميتا . وتحصل إصابة الأورطى عادة بعد مضى بضعة سنوات ، لا تقل عادة عن فترة تتراوح بين ٦ و ١٠ سنوات ، وتحصل الإصابة فى الجزء الأول من القوس الأورطى (Aortic arch) ، وقد تصاب صمامات الأورطى ضمنا .

وصف الإصابة من الوجهة الباثولوجية — تبدأ الاصابة فى الطبقة المتوسطة للأورطى (Mesaortitis) فتتجمع الخليات المستديرة الصغيرة على طول القنوات الدموية التى تمد الأورطى (Vaso Vasorum) بالغذاء ، فينتج عن ذلك ضمور موضعى فى الأغشية العضلية والمطاطة (Elasttc Tissue) . أما الطبقة الداخلية للأورطى فتتأثر نتيجة لاصابة الطبقة المتوسطة حيث تتضخم بسبب تجمع الأغشية الليفية مع ظهور بقع مرتفعة من تحت الغشاء المبطن للطبقة الداخلية للأورطى . وقد يصادف وجود أورام صمغية متعدّدة تتكون من الخلايا المعروفة باسم (plasma cells) وذلك فى الطبقتين المتوسطة والخارجية .

شكل الأورطى المصابة بالزهرى بالعين المجرّدة — إذا فتحنا الأورطى ونظرنا إلى سطحها الداخلى نرى تورّما حلقى الشكل أعلى الصمامات . و إذا جسسنا السطح الداخلى وجدناه محببا ورأينا لونه مائلا للصفرة . ولا تطرأ عليه تغييرات شحمية أو تحجرية ما لم يصب بالأثروما (Atheroma) فوق الاصابة الزهرية . وفى الاصابات المتقدّمة تتمدّد الأورطى وتتضخم جدرانها وتتعرّج ، ولا تحدث الاصابة المذكورة إلا فى الزهرى عادة إذا استثنينا بعض الحميات .

إصابة صمامات الأورطى فى زهرى الأورطى — أهم أسباب رجوع الدم من الصمام الأورطى هو زهرى الأورطى ، إذ يحدث تمددا فى الجزء الأوّل

من القوس الأورطى ، و ينتج عن ذلك ابتعاد الصمامات عن بعضها كما أنها تصاب أيضا بالتهاب الأورطى الملاصق لهـا فيسبب الالتهاب انكماشها ، و إذا حللنا الدم فى حالات التهابات صمـام الأورطى نجده إيجابيـا فى نحو ٨٠ ./ٌ من الحالات .

ومن ضمن العوارض المصاحبة لزهرى الأورطى الذبحة الصدرية بسبب التهـاب الشرايين التى تمدّ القلب بالغذاء . وإذا صحب هذا العارض عدم كفاية صمـامات الأورطى فان حالة المريض لا تبشر بخير ، لذلك يعتبر من مصلحة المريض دائمـا التبكير فى تشخيص حالة الأورطى بعمل أشـعة وتحليل الدم للوسرمان حتى يمكن عمل علاج نوعى ربمـا حال دون مضاعفة الذبحة الصدرية .

الانيورزم والزهرى — بحث كثير من الأطباء فى علاقة الزهرى بالأنيورزم، ومن بين من أفاضوا فى بحث هـذا الموضوع العلامة أتين (Ettiene) فقد بحث فى ما يربى على ٣٠٠ إصابة بالانيـورزم فوجد أن الزهرى هو السبب فى نحو ٧٠ ./ٌ من هـذه الحالات . أما الآراء التى يبنى عليهـا الأطباء أسـباب الاصابة الزهرية فتتلخص فى النقط الآتية :

(أولا) وجـود علامات إكلينيكية للزهرى فى كثير من المرضى المصابين بالأنيورزم ووجود إصابات زهرية فى بعض الشرايين مثل شرايين المخ .

(ثانيـا) كثرة إصابات الأنيـورزم فى الخـراع (التابيز) وهـذا ينتج عن الزهرى .

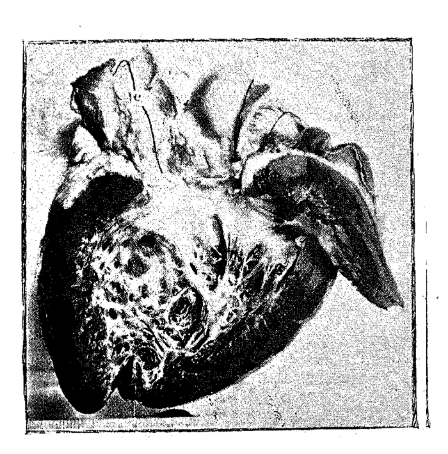
(ثالثـا) كون نتيجة تحليـل الدم للوسرمان إيجابيـة فى ٨٠ ./ٌ من حالات الأنيورزم . ويحدث الأنيورزم نتيجة لالتهاب الطبقة المتوسطة من الشريان الأورطى أو بسبب تليف فيه، وقد يحدث فوق الاصابة بالأثروما .

الأثروما وتصلب الشرايين فى الزهرى — للأثروما أسباب كثيرة: أحدها الزهرى حيث يحدث تغييرات استحالية فى الطبقتين الداخلية والوسطى للشريان بسبب انسـداد الأوعية المغذية للشرايين (Endartritis of Vaso Vasorum) .

أما تصلب الشرايين العام فيتسبب عادة عن المخلفات التسممية الزهرية (Syphilitic Toxaemia) علاوة على التسممات التى تحدثها المسببات الأخرى لهذه الحالة .

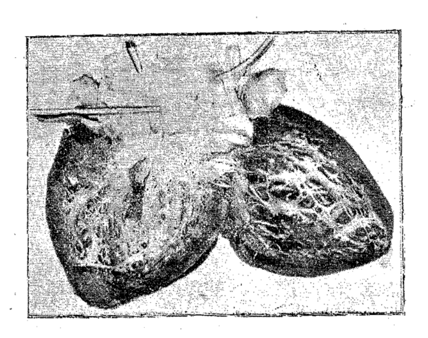
زهرى القلب — يصاب عضل القلب بالالتهاب الزهرى أو بالأورام الصمغية ، كما قد يلتهب التامور والطبقة المبطنة للقلب بالزهرى .

التهاب عضل القلب بالزهرى — يبدأ الالتهاب حول الشرايين المغذية لعضل القلب ، كما قد يبدأ حول الألياف العضلية فيعقب ذلك تغيير استحالى فى عضلات القلب . والتهاب الشرايين المغذية للعضلات قد يبدأ فى الطبقة الداخلية أو الخارجية ، وينتهى بانسدادها ، وتتحول الخلايا المستديرة المتجمعة حول الشرايين الى التهابات ليفية تحل محل العضلات ، وقد تتحول العضلات الى غشاء ليفى قبل أن يظهر تغيير فى وظيفة القلب .



زهرى القلب . يلاحظ ضيق فتحات الشرايين المغذية للقلب مع ظهور تليف عضلى

وزيادة على التغييرات الوعائية التى تحصل فى عضلات القلب، تظهر تغييرات فى العقد العصبية بالقلب (Nerve ganglia) . وهـذه التغييرات عبارة عن تجمع الخلايا المستديرة فى العقدة مع ضمور فى جسم الخلية العصبية وانسـداد فى الأوعية الدموية المغذية لتلك العقد .



زهرى القلب . يلاحظ تليف العضل

الأورام الصمغية بالقلب — تختلف الأورام الصمغية المحتمل حصولها فى القلب من حيث الحجم . فبينما يكون البعض صغيرا لا يمكن رؤيته بدون المجهر إذا بالآخر يأخذ حجم اللوزة أو أكبر . وفى الحالة الأخيرة يدفع الورم أمامه إما الغشاء المبطن للقلب أو التامور، وتفصله عن عضل القلب طبقة ليفية . والأورام الصمغية أكثر ما تكون حصولا فى البطين الأيسر للقلب .

التهاب التامور الزهرى — يلتهب التـامور فى الاصابة الزهرية عقب التهاب عضلة القلب (Myocarditis) أو عقب زهرى الكلية .

التهـاب الغشاء المبطن للقلب (Endocarditis) — يلتهب الغشـاء المبطن للقلب عقب إصابة عضـل القلب بالالتهـاب الزهرى ، أو عقب إصابة

الأورطى ، حيث تتضخم صمامات الأورطى ثم تنكمش ، فينتج عن ذلك رجوع الدم من الأورطى الى البطين الأيسر للقلب .

الذبحة الصدرية (Angina Pectoris) — الزهرى أحد العوامل القوية فى الاصابة بالذبحة الصدرية حيث يسبب التهابا فى الشرايين المغذية للقلب أو التهابا فى الأورطى قرب فتحات الشرايين المذكورة . لذلك يجب أن تعالج حالات الذبحة الصدرية الحقيقية أو الكاذبة بالمركبات الزئبقية مثل ثانى يودور الزئبق . وقد تأخر ظهور عوارض بعض الحالات سنوات طويلة تحت العلاج المذكور .

تشخيص إصابات القلب الزهرية — إن إصابات القلب الزهرية أكثر شيوعا مما يعتقد الكثيرون ، وتعتبر فى المرتبة الثانية من حيث الأهمية بعد الروماتزم . وقد تكون الاصابة بطيئة وكمينة فترة طويلة . وقد تسبب وفاة بعض الشبان بالسكتة .

وأهم ما يدلنا على أن إصابة القلب ناتجة عن الزهرى هو عدم الإصابة بحمى روماتزمية حادّة مع وجود عوارض مرض فى القلب تزداد سوءا دون أن يظهر لذلك سبب معين . فقد يتمدّد أحد بطينى القلب نتيجة تليف زهرى ، كما قد يكون الزهرى سببا فى عوارض تضخم البطين إذا لم نعثر على سبب آخر لذلك .

من أجل ذلك يجب أن يحتاط كل إنسان سبقت إصابته بالزهرى بحيث إذا ظهرت عليه أى عوارض مرض بالقلب فيجب ألا يهملها بتاتا وأن يذكر للطبيب الذى يفحصه سابق إصابته بالزهرى . ويجب الاشارة إلى أن الزهرى الكمين بالقلب قد يكون سببا فى الوفاة أثناء البنج عند إجراء عملية جراحية .

لذلك يجب أن نقدّم النصيحة للمريض المشتبه فى إصابته بزهرى القلب بعمل ما يأتى :

(١) عرض نفسه على إخصائى باطنى لفحص قلبه من حيث الضربات واللغط والحجم والتمدّد .

(٢) أن يحلل دمه للوسرمان وعليه أن يعالج نفسه إذا وجد الدم إيجابيا .

(٣) أن يعمل أشعة لقلبه مع أخذ المقاييس النسبية لأقطار القلب لمعرفة ما إذا وجد تمدّد أو تضخم فى القلب أو الأورطى . وفى الحالة الأخيرة يعتبر الزهرى أقوى الأسباب لذلك .

(٤) أخذ ضغط الدم الانقباضى والانبساطى وهذا من الأهمية بمكان فى تشخيص عدم كفاية صمامات الأورطى .

(٥) عمل صورة لتموّجات القلب الكهربائية (Electro cardio-gram) حيث يشير ذلك بدقة إلى حالة القلب المرضية .

زهرى الجهاز الهضمى

زهرى المرىء (oesophagus) — ضيق المرىء بسبب الزهرى — قد يصاب المرىء بورم صمغى تحت الغشاء المخاطى فيتقرّح ثم يلتحم فيحدث ضيقا يصعب معه البلع ، وهذه إصابة نادرة اذا قورنت بزهرى الحلق . وقد يصاب المرىء بالشلل بسبب إصابة العصب المغذى له بالزهرى فى المخ بسبب التهاب سحائى قاعدى .

زهرى المعدة — حالات زهرى المعدة ليست كثيرة بل هى بالعكس نادرة فى بلادنا هذه . وقد ذكر فورنير وغيره حالات تشبه تقرحات المعدة وتحدث قيئا دمويا ثم عولجت بعلاج الزهرى فشفيت تماما .

وصف الحالة المرضية — تتكوّن أورام صمغية صغيرة تحوطها أغشية ليفية فى جدران المعدة وخصوصا فى الجدار الخلفى وعلى القوس الأصغر (Small Curvature) وقد تكون الأورام متعدّدة وذات أشكال مختلفة . وهذه الأورام تتقرّح وتلتحم تاركة ندبا كما يحصل فى زهرى الجلد الثلاثى . والقرحة الزهرية المسببة عن الورم الصمغى فى المعدة تكون عادة قرحة واحدة عميقة الغور مستديرة وذات حواف منتظمة ومعينة . وإذا كانت القرحة عميقة الغور فقد تحدث نزيفا بسبب تآكل وعاء دموى . ولا يحدث عادة اختراق لطبقة البريتون

المغطية للمعدة . وقد ينتج عن الورم الصمغى عند فتحتى المعدة انسداد فى إحدى الفتحتين وخصوصا فى الفتحة الموصلة للاثنى عشرى .

العوارض — لما كانت القرحة الزهرية المعدية تشابه القرح العادية بالمعدة فهى تعطينا نفس العوارض، غير أنها تختلف عنها قليلا من حيث القىء المعدى الذى يكثر بسبب القرحة الزهرية . أما إن كان الزهرى فى شكل أورام صمغية فقد يشكو المريض من عوارض تشبه عوارض سرطان المعدة، وقد يحدث أن تعمل عملية جراحية لا داعى لها، على أنه ان كان الورم الصمغى كبيرا وسبب انسدادا فمن الجائز عمل إسعاف جراحى سريع .

التشخيص — ليس لدينا من العوارض ما يجعلنا نجزم بأن الإصابة زهرى المعدة . وعلينا أن نفحص المريض بدقة إما إكلينيكيا أو بتحليل دمه للتأكد من أن الاصابة زهرية . على أنه اذا فحصت المعدة بالأشعة وعثرنا على أورام متعددة بها فيجب أن نتذكر أن الزهرى فى مقدمة أسباب الاصابة . على أننا اذا عملنا إحصائية فى بلادنا هذه لنسبة قرح المعدة الزهرية بالنسبة لقرح المعدة المعتادة ففى اعتقادى أن النسبة لا تعدو ٥ ٪

العلاج الخاص — اذا وجدت أورام صمغية بالمعدة فالمعول عليه فى العلاج إعطاء المريض كمية من اليود تتراوح بين ٢ و ٤ جرامات مع العلاج بالمركبات الزئبقية وحقن ٩١٤؛ وأما من حيث العلاج والطعام فى القرح المعدية الزهرية فيتبع فيها نفس النظام المتبع فى علاج القرح العادية بالمعدة .

زهرى الأمعاء — زهرى الأمعاء نادر، ومن السهل خلطه بحالات مرضية أخرى . وقد ذكر بعض الكتاب إصابات زهرية بالأمعاء تتلخص فى وجود أورام صمغية صغيرة متعددة فى جدران الأمعاء، أو تقرحات أو التحامات أو ضيق بسببها . أما العوارض الخاصة بالاصابة الزهرية فهى غير معينة، وقد يشكو المريض من إسهال أو نزيف دموى شرجى، ويصحب ذلك ضعف عام ونحول يصيب المريض .

زهرى المستقيم — زهرى المستقيم غير نادر الحصول، وله ثلاثة مظاهر: المظهر الأول: التقرحات الزهرية، وهذه تكون عادة فى الجزء الأسفل من المستقيم وقد تكون نتيجة قروح فى فتحة الشرج ثم امتدت الى المستقيم . والمظهر الثانى : هو أورام صمغية معينة، وهى نادرة الحصول جدا . والمظهر الثالث : وهو تصلب الشرج بسبب الزهرى، وهذا هو الأكثر حصولا . ومن أهم خواصه أنه يسبب انسدادا فى الشرج . ومظهره الباثولوجى تليف فى الطبقة تحت الغشائيــة للشرج ثم يمتــد الى جميع الطبقات الأخرى . وأكثر ما تحصل هــذه الظاهرة فى الجزء الأســفل من المســتقيم أعلى فتحة الشرج . وقد يسبب ضيقا أو ســدة فى مكان الاصابة . فاذا استمرت الحالة بدون علاج فقــد يتقرح الغشاء المخــاطى و يتسبب خراج أو ناسور شرجى .

وضيق الشرج الزهرى أكثر حصولا فى النساء منه فى الرجال، وهو قابل للشفاء إن كان العلاج مبكرا . غير أن المريض للأسف لا يعرض نفسه على الطبيب إلا إذا شكا سدة كاملة، وفى هذه الحالة يجب أن نعالج الحالة جراحيا بواسطة عمــل فتحة فى الجدار الخلفى من الشرج مع وضع موسعات مدهونة بمرهم زئبقى .

التشخيص النوعى — يختلف الضيق الزهرى عن الضــيق المسبب عن الأورام الخبيثة بكونه يحصل فى الجزء الأسفل فقط من الشرج . أما فى الأورام الخبيثة فتعدو الاصابة الجزء المذكور، كما أن سطح الشرج فى الحالة الزهرية ناعم بخلافه فى الأورام الخبيثة . أما التقرحات المسببة عن الدوسنطاريا فلا تكون ضيقا به، ونزيف الشرج بسبب البلهارسيا سهل تشخيصه إذ يكفى الفحص فى البراز عن بويضات البلهارسيا، كما نعثر على بابللوما متعددة فى جدار الشرج .

فتحة الشرج — تصاب فتحة الشرج وما حولها بالكنديلوما بسبب ترطيب المكان، كما قد تصاب بتشققات زهرية حول حافته تسبب ألما شديدا عند التبرز .

زهرى الكبد — يأخذ زهرى الكبد مظهرا من المظاهر الآتية :
(١) التهاب كبدى خللى . (٢) أورام صمغية . (٣) الاصابة التشمعية بالكبد (Amyliod Disease) . (٤) الضمور الصفراوى الحاد (Acute yellow Atrophy)

(١) الالتهاب الكبدى الخللى (Interstitial Hepatitis) — يتكون فى هذه الحالة رشح من الخليات المستديرة يتولد حول جدران الأوعية الصغيرة التى تصاب بالتهاب زهرى (periartritis) . ويذكر بعض الأطباء أن هذا الرشح لا يحصل فقط فى الأوعية التى تمرّ بين الفصيصات الكبدية (interlobular portal Vessels) بل يتعدّاه الى الخلايا الكبدية مسببا تليفا حول الخلية (pericellular fibrosis) والرشح الخلوى ينتج عنه أغشية ليفية تسبب سيروز الكبد، وهو إما عام أو موضعى . وبسبب تقلص الأربطة الليفية الحديثة ينقسم الكبد الى فصيصات وتصبح غير ناعمة الملمس ، وهذا التقسيم الفصيصى الذى يحصل فى زهرى الكبد يعدّ أكثر خشونة منه فى حالة سيروز الكبد الذى ينشأ عن المشروبات الروحية وهى الحالة المعروفة باسم (Hobnail Liver) أو الكبد ذو الحدبات . وبسبب هذا التقسيم الفصيصى فى حالة الاصابة الزهرية تتعرّج حافة الكبد وهذا ما يمكننا إحساسه من البطن فى حالة الكشف على مريض مصاب بالتهاب الكبد .

الأورام الصمغية فى الكبد — الأورام الصمغية فى الكبد كثيرة الحصول ويصحبها التهاب كبدى خلوى ، وتختلف الأورام فى الحجم ، فمنها ما يكون فى حجم البندقة ، ومنها ما يكون فى حجم البيضة . وهى تتكوّن من ثلاث مناطق : (١) المنطقة المركزية ، وهى مكوّنة من مادة متجبنة صفراء . (٢) منطقة متوسطة مكوّنة من أغشية ليفية . (٣) منطقة خارجية مكوّنة من أجزاء سليمة من الكبد تخترقها ألياف متصلة بالمنطقة المتوسطة . وبعد وقت تمتص المادة المتجبنة الصفراء ويحل محل الورم الصمغى أغشية ليفية ، وهذه ان كانت قريبة من سطح الكبد تسبب انكماشات فيه . وفى الحالات الزهرية التى يصاب

فيهـا الكبد إصابة تمكث فـترة طويلة يوجد عادة التهـاب حول الكبد بسـبب الالتصاقات بالحجـاب الحاجز (Diaphragm) أو الكليـة أو القولون المستعرض .
وقد يتقيح الورم الصمغى فيسبب خرّاجا قد ينفتح فى الصدر مخترقا الحجاب الحاجز.

عوارض سـيروز الكبد الزهرى — تشابه عوارض سيروز الكبد الزهرى عوارض السـيروز لأسـباب أخرى خلاف الزهرى . وهى تنحصر عادة فى ظهور اليرقان، وحصول الاسهال، وظهور نزيف من الأنف أو الفم، وحصول القىء والاستسقاء بالبطن . ويكون سبب اليرقان عادة ضـغط الأغشية الليفية الزهرية على الشق الكبدى (Portal fissure) .

التشخيص — أوّل ما يعلل الطبيب به عادة سيروز الكبد تعاطى كميات كبيرة من المشروبات الروحية، أو بسبب الأورام الخبيثة، ولا يفكر فى الزهرى . فاليرقان والاستسقاء أكثر حصولا فى الأورام الخبيثـة منهـا فى زهرى الكبد . والأورام الصمغية بطيئة النمّو على العكس من الأورام الخبيثة . وفى حالات نادرة يسبب الزهرى تضخما فى الكبد مع الطحال ويصحب ذلك ظهور اليرقان . وعلى أى حال فان تحليل الدم للوسرمان هو من الأهمية بمكان فى تشخيص الحالة .

اليرقان الزهرى الخبيث (Icterus Gravis) — قد يصـاب المـريض فى الدور الثـانوى من الزهرى باليرقان، ويعزى ذلك الى ضغط الغددالليمفاوية على قنوات المرارة، وهى موجودة فى الشق الكبدى ، ونتضخم فى الدور الثانوى من الزهرى مثل بقية الغدد الليمفاوية .

وفى حالات نادرة يأخذ اليرقان دورا سريعا خبيثا يشابه تمـاما الضمور الصفراوى الكبدى الحاد . ومثل هذه الحالات خطرة وقد تنتهى بالوفاة . واذا فحصنا فى الكبد بعد الوفاة نرى ضمورا فى الكبد مع نخر فى الخلايا الكبدية .

التشمع الكبدى (Amyloid Disease) — هـذه الحالة تصحب عادة ورم الكبد الصمغى . والزهرى احدى أسـباب التشمع الكبدى وأهمهـا بعـد التقيح المزمن .

زهرى البنكرياس — قد يصاب البنكرياس بالزهرى ، وفى هذه الحالة تصاب الرأس أكثر من غيرها ، وينتج عن التهاب البنكرياس الزهرى تكوين التصاقات بالأحشاء المجاورة . وأهم عوارض الاصابة ظهور بول سكرى فى بعض الأوقات .

زهرى الطحال — يتضخم الطحال قليلا فى الزهرى الوراثى كما قد يتضخم فى أدوار الزهرى الأولى باعتباره غدة ليمفاوية كبيرة ويمكن أن نلمسه بأيدينا حتى قبل ظهور الطفح الجلدى . وهذا التضخم إما أن يكون صلبا أو لينا ، ولا يتأثر التضخم بسرعة عقب العلاج الزهرى . وقد يصاب الطحال بالأورام الصمغية على أنها لا يمكن تشخيصها بسهولة .

الغدد فوق الكليتين — قد تصاب الغدتان فوق الكليتين بأكياس دموية فى الزهرى الوراثى فتسبب وفاة الطفل المصاب . أما فى الزهرى المكتسب فإما أن يكون الالتهاب من النوع الحشوى (Parenchymatous) ، وفى هذه الحالة يسبب عوارض مرض يسمى أديسون (Addison's Disease) وقد يكون من نوع التهاب الميزودرم (Mesenchymatous) . وفى هذه الحالة يعطينا من العوارض ما يشير الى اصابة : (١) الجهاز العصبى . (٢) الجهاز الوعائى . (٣) أحشاء أخرى .

وقد يكون أول العوارض البهق المصحوب أو غير المصحوب بالصلع . وتظهر أخيرا عوارض عصبية . ومن أهم العوارض فى الزهرى القديم فى الغدد فوق الكليتين ظهور كمية كبيرة من السكر فى الدم مع زيادة فى ضغط الدم .

زهرى البريتون — تتضخم الغدد خلف البريتون والغدد المساريقية (Mesentric glands) فى حالة الاصابة بالزهرى وقد تصل الى حجم كبير . وقد يظهر ورم غددى كبير فى النصف الصدرى بسبب الزهرى وقد يختلط هذا على الطبيب بالأمنيورزم . وقد تكون نتيجة اصابة البريتون (النادرة) بالزهرى وجود استسقاء بالبطن .

زهرى الغدد اللعابية — إصابة الغدد اللعابية بالزهرى نادرة جدا وقد ذكر الدكتور نيومان ستة إصابات : خمسة منها فى الغدة النكفية، وواحدة فى الغدة تحت اللسان، وكانت هذه الاصابات فى ضعاف البنية من المرضى وفى الدور الثانوى من الزهرى . والاصابة فى هذه الغدد تأخذ مظهر التصلب العام أو مظهر الورم الصمغى . وتختلف إصابة الغدة النكفية بالزهرى عن إصابتها بالحمى النكفية فى بطء مظهرها وصلابتها وكون الإصابة فى جهة واحدة فقط .

فحص السائل النخاعى المخى

لما كان من الأهمية بمكان فحص السائل النخاعى المخى للوقوف على درجة الإصابة العصبية الزهرية رأيت أن أشرح هنا كل ما يتعلق بفحص السائل النخاعى المخى ، وذلك قبل البدء فى وصف المظاهر الزهرية العصبية التى تعد بحق أهم باب فى الزهرى .

وصف السائل النخاعى المخى المعتاد — السائل النخاعى المخى المعتاد رائق لا لون له ، تفرزه خلايا الضفيرة المشيمية الوعائية (Choroid Plexus) ثم يمرّ فى الفجوة تحت العنكبوتية (Subarachnoid Space) وله كثافة نوعية حول ١٠٠٦ أو ١٠٠٨، ويحتوى على كمية صغيرة من المواد الزلالية (Albumose) والجلوبيولين وأثر من الجلوكوز وكمية من أملاح كلورور الصوديوم والبوتاس ، ولا يحتوى على عناصر خلوية فى الحالة الطبيعية .

ولما كان السائل النخاعى جزءا من الجسم قائما بذاته وغير متصل بالدورة الدموية الجهازية (Systemic circulation) فان التغييرات الباثولوجية والكيماوية التى تحصل فيه تعد لذلك مقياسا كبيرا يشير الى درجة إصابة السحايا والأجهزة العصبية .

طريقة أخذ أنموذج (عينة) من السائل النخاعى — يجلس المريض على منضدة الفحص وبمساعدة الممرّض يحنى ظهره كما يفعل عند الركوع للصلاة

بحيث تظهر شوكات العمود الفقرى بوضوح، ثم ندهن الظهر جيدا — وخصوصا السلسلة الفقرية فى الجزء الظهرى والقطنى والعجزى — بصبغة اليود المخففة أو بمحلول حمض البكريك فى الكؤول بنسبة ١٠٪ ثم نجهز إبرة السائل النخاعى، ويجب أن تكون مصنوعة من مادة قابلة للانثناء حتى لا تتعرض لخطر الكسر أثناء العملية، كما يستحسن أن تكون ذات قطر رفيع للغاية حتى لا تحدث ثقبا كبيرا فى الأغشية مما يترتب عليه انسكاب السائل النخاعى خارج الأغشية عقب رفع الإبرة ويسبب ذلك كثيرا من الصداع والألم للمريض. ولهذا السبب أيضا يجب أن يأخذ الطبيب الحيطة الكافية بحيث لا يحدث خروقا كثيرة لا داعى لها فى الأغشية فإن ذلك ربما أحدث للمريض مضاعفات من أهمها الصداع الشديد الذى يستمر أياما والألم الموضعى علاوة على تعرض المريض لعدوى تقيح سحائى .

بعد تحضير الإبرة وتعقيمها جيدا وكذا تعقيم اليدين، نوصل خطا وهميا بين عرف الحرقفتين، فيكون مكان تقاطعه على الشوكات الفقرية هو المكان المناسب لإدخال الإبرة، وهو يقع بين الفقرتين الثالثة والرابعة القطنيتين . بعد ذلك نحضر أنبوبة اختبار معقمة، ثم يدخل الطبيب الإبرة عمودية على السلسلة الفقرية، ويجب ألا يدخلها مائلة . ويحس عند اختراق السحايا باحساس خاص يعرفه من تعوّد كثيرا على هذه العملية . بعد ذلك نرجع سلك الإبرة ونأخذ من المريض السائل بمقدار ٢ — ٣ سنتيمترات . ثم تغطى الأنبوبة بغطاء من الكاوتشوك المعقم . وندهن مكان الإبرة بصبغة اليود . ثم تغطى بطبقة من الكلوديون . ويؤمر المريض بالنوم على ظهره ساعتين أو ثلاثا . وقد ينصح بعض الأطباء بحقن الطبقة الجلدية مكان إدخال الإبرة بمقدار عشر نقط من الكوكايين أو النوفوكايين بنسبة ١٪ ولكن لا داعى لهذا الاحتياط .

هناك طريقة أخرى تستعمل لأخذ السائل النخاعى المخى وخصوصا فى الأطفال، وهى أن ينام المريض أو الطفل على جانبه ثم يقوّس ظهره، وتؤخذ العينة بنفس الطريقة السابقة غير أنى أفضل عادة الطريقة الأولى لسهولتها .

ماذا يتبع نحو المريض عنـــد أخذ أنموذج (عينـــة) من السائل النخاعى المخى — يستحسن أن ينام المريض بضعة ساعات عقب أخذ (عينة) السائل وتكون رأسه منخفضة عن مستوى جسمه ، كما يجب ألا يجهـد المريض نفسه فى الأسبوع الأوّل عقب العملية المذكورة . وأهم ما يحتمل حدوثه للمريض من المضاعفات بسبب أخذ (عينة) إصابته بالصـداع ، ويحدث عادة بعـد يوم أو اثنين من أخذ العينة ويظهر اذا مشى المريض أو وقف . ويزول اذا استلقى على ظهـره وهى أكثر حدوثا فى المريض الذى يتبين فيما بعـد أن سائله النخاعى معتاد ليس فيه مرض . وأهم ما يجب اتخاذه من التدابير لتقليل حدوث الصداع هو اسـتعمال إبرة بذل رفيعة، وعدم خرق السحايا فى نقط متعـدّدة ، حيث يسبب ذلك التهابا سحائيا موضعيا ، وربمـا أحدث تقيحا . وعند أخذ السائل يجب أن يسال برفق وألا ينساب دفعة واحدة .

ولتقليل حوادث الصداع يحقن المريض عقب عملية البذل مباشرة تحت الجلد بمقدار $\frac{1}{2}$ سم من البتوترين؛ كما أنه اذا حصل الصداع يعطى برشامة من البيراميدون $\frac{1}{2}$ جرام كل ست ساعات، ويسـقى كمية كبيرة من القهوة . وعلاوة على الصـداع قد يحصـل للمريض قىء ، وفى هذه الحالة نحقنه بمقدار $\frac{1}{4}$ ملليجرام من الأتروبين ويشرب المريض سوائل بسيطة .

ضغط السائل النخاعى المخى — عند أخذ (عينة) من السائل النخاعى يجب الانتباه إلى الضغط الذى يسيل به السائل فهو يدل على درجة الضغط فى داخل المخ (Intracranial Pressure) وعنـد أخذ العينـة والمريض نائم على جنبـه فان ضغط السائل الطبيعى يتفاوت بين ٧٠ و ١٤٠ ملليمترا . أما فى الحالات المرضية مثل شلل المجانين العـام أو زهرى السحايا فان الضغط يزيد بدرجة الاصابة ، كما أنه إن وجدت التصاقات داخل السحايا بسبب الاصابة بالسـل فى الفقرات فان الضغط يخف كثيرا .

لون السائل النخاعى المخى — ذكرت قبل الآن أن السائل يجب أن يكون رائقا لا لون له، وكثافته النوعيـة تتفاوت بين ١٠٠٦ و ١٠٠٨؛ وقد يتغير هـذا الوصف فيصبح اللون عكرا قليلا فى الحـالة الطبيعيـة إن كان بالإبرة أدوية مطهرة مثل الكؤول وحمض الفنيك؛ ويتعكر اللون أيضا إذا اختلط قليل من الدم بالسائل بسبب اختراق الإبرة لأحد الأوعية الدموية. وإذا ظهر السائل عكرا فى غير هذه الحالات فان ذلك يدل على وجود مرض. فإن كان السائل أصفر اللون دل على التهاب السحايا بسبب السل أو غيره، كما يدل أيضا على وجود أورام أو خراج بالمخ أو النخاع. وان كان السائل أحمـر اللون نسب ذلك إلى نزيف بطينى (Ventricular Haemorrhage) أو نزيف تحت العنكبوتيـة (Subarachnoid Haemorrhage).

خلايا السائل النخاعى المخى — لا يوجد عدد يذكر من الخلايا الليمفاوية الصغيرة أو الكبيرة فى السائل النخاعى العـادى، كما لا يوجد مطلقا خلايا متعدّدة النواة (Polymorphonuclear cells). فاذا فحص السائل النخاعى بقصد البحث عن خلايا ليمفاوية ووجد به من خلية الى خمسـة فى كل ملليمتر مكعب فلا تعتـبر الحالة مرضية. وان وجد به ما بين ٥ و ١٢ خلية فى مريض أصيب بالزهرى اعتبر الجهاز العصبى مشتبها فى إصابته بالزهرى، وإن وجد به أكثر من ذلك اعتـبرت الحالة مرضية بلا جدال. وفى التهاب السحايا الزهرى — كما فى الأدوار الأولى من شلل المجانين — قد يزيد عدد الخلايا عن ٢٠٠ فى كل ملليمتر مكعب. وفى العادة يعطى فحص السائل النخاعى فى المريض المصاب بالزهرى — دون أن تظهر عليه عوارض عصبيـة إكلينيكية — عددا من الخلايا يتفـاوت بين ١٥ و ٤٥ فى كل ملليمتر مكعب. ويجب أن يلاحظ أن زيادة عدد الخلايا الليمفاوية لا تدل على شدّة الاصابة الزهرية العصبية، فقد يكون عدد الخلايا فى حالات الزهرى العصبى فى الأدوار الخطيرة أقل منها فى ابتداء الاصابة العصبية. وعلى العموم يعتـبر العدد كبيرا فى اصابات السحايا أكثر من إصابة المخ أو العمود الفقرى.

ولكى نقدّرعدد الخلايا الليمفاوية نستعمل الطريقة المستعملة فى تقدير الخلايا المتعدّدة النواة فى الدم، فنستعمل الشريحة الزجاجية المقسمة إلى مربعات المعروفة باسم (فكس روزنتال) ونحضر محلول الميثاين الأزرق ١ ./٠ المخلوط بمحلول ٥ ./٠ من حمض الخليك، ثم نسحب المخلوط بماصة إلى العلامة (١) . ثم نسحب من السائل النخاعى الموجود فى أنبوبة مقسمة إلى العلامة (١٠) . وبعد خلط السائل جيدا فى الماصة ، نضع نقطة من المخلول على المربعات المقسمة يقدر حجمها بـ ٣,٢ من الملليمترات المكعبة ثم نعد الخلايا . ومجموعها إذا ضرب فى $\frac{١}{٣٫٢} \times \frac{١٠}{٩}$ أو فى $\frac{١}{٣}$ يعطينا عدد الخلايا فى كل سنتيمتر مكعب .

تقدير كمية المواد الزلالية فى السائل النخاعى المخى — إن زيادة كمية المواد الزلالية فى السائل النخاعى دليل قوى على التغيرات الباثولوجية التى تحصل فى إصابة الجهاز العصبى بالزهرى ، والمواد الزلالية المقصودة هى الألبيومين والجلوبيولين، وظهور الزيادة ولو بمقدار قليل يشير إلى إصابة زهرية . ووجود الألبيومين والجلوبيولين يصحب دائما وجود الخلايا الليمفاوية، وخصوصا فى الاصابات الزهرية .

والطريقة البسيطة المعتادة فى تقدير كمية الجلوبيولين والألبيومين هى كما يأتى :

طريقة نون ابلت (Non Apelt Reaction) — يحضر محلول مشبع من سلفات النوشادر ذو تأثير متعادل (Neutral Reaction) ويوضع (على ١ سم^{٣}) مقدار مساو له من السائل النخاعى (١ سم^{٣}) . وبعد مضى ثلاث دقائق نصل إلى النتيجة . فان كان السائل طبيعيا يبقى المخلوط صافيا ، وإن كان مرضيا تظهر غشاوة أو راسب حسب كمية الجلوبيولين الموجودة . وللبحث عن الألبيومين يؤخذ السائل الصافى الذى يكون فى أعلى الراسب من التحليل السابق ويرشح ويضاف اليه نقطة من حمض الخليك بنسبة ١٠ ./٠ . ثم يغلى الخليط . فظهور الراسب وكميته يدلان على درجة وجود الألبيومين فى السائل النخاعى .

تحليل السائل النخاعى المخى للوسرمان — يحلل السائل النخاعى المخى للوسرمان بنفس الطريقة التى يحلل بها الدم للوسرمان، غير أنه لما كان السائل النخاعى لا يحتوى على مكمل (Complement) فلا داعى للغلى المستعمل فى إبطال مفعول المكمل، كما نعمل فى وسرمان الدم أما طريقة تحليل السائل للوسرمان فأنا أتركها للأطباء البكتريولوجيين والكيماويين الذين من اختصاصهم عادة القيام بهذا العمل، ويمكن الرجوع إلى كتبهم المؤلفة فى ذلك .

والنتيجة الإيجابية للوسرمان فى السائل النخاعى المخى دليل قطعى على إصابة الجهازالعصبى بالزهرى . وهذه النتيجة تظهرمتأخرة ويسبقها ظهورالخلايا الليمفاوية وزيادة فى كمية الجلوبيولين والألبيومين . وإذا أعطى المريض العلاج المناسب للزهرى العصبى فلا تتلاشى نتيجة السائل الإيجابية للوسرمان إلا متأخرة بعد زوال الخلايا وكمية المواد الزلالية .

وهناك حالات زهرية عصبية من الجائز أن يكون فى بعضها السائل النخاعى سلبيا للوسرمان وهى الخراع (التابيز) بنسبة ٢٠ ٪ وبعض حالات قليلة من الأورام الصمغية فى المخ .

التفاعلات الغروية المستعملة فى تحليل السائل النخاعى المخى
(Colloidal Reactions)

هناك تفاعلات غروية كثيرة مستعملة فى تحليل السائل النخاعى المخى عند تشخيص حالة الزهرى العصبى ودرجة إصابة السحايا أو الجهاز العصبى نفسه سواء أكان ذلك فى المخ أو فى النخاع . وهذا الاختبار مبنى على نظرية عدم ترسيب السائل النخاعى المخى الطبيعى للذهب اذا أضيف الى محلول غروى منه . ولأجل عمل الاختبار يحضر معلق (Suspension) من الذهب الغروى بكل عناية . وتجب العناية على الأخص فى تحضير الآنية المستخدمة للتحضير، وفى تحضير الماء المقطر دفعتين . ويشترط فى الذهب الغروى المحضر أن يعطى لونا أحمر قاتما . ثم تحضر عشرة أنابيب اختبار منظفة تنظيفا جيدا ومجففة، ونضع فى كل أنبوبة جزءا من

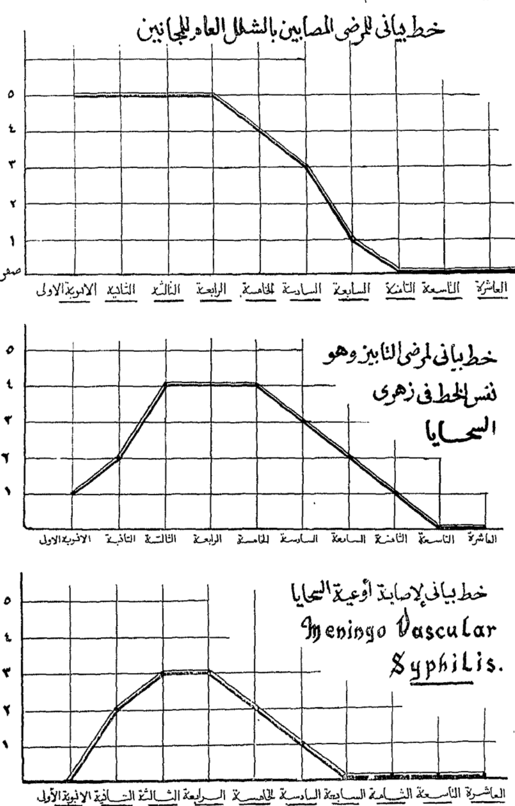
السائل النخاعى مخففا على الترتيب بالنسب ١/١٠ ، ١/٢٠ ، ١/٤٠ ، ١/٨٠ ، ١/١٦٠ ، ١/٣٢٠ ، ١/٦٤٠ ، ١/١٢٨٠ ، ١/٢٥٦٠ ، ١/٥١٢٠ والمحلول المستعمل لتخفيف السائل النخاعى هو محلول ملح يجهز بإضافة ٠٫٤ من ملح الطعام النقى (كلورور الصوديوم) الى (١٠٠ سم٣) من المـاء المقطر دفعتين . ففى أول أنبوبة نضع (٩/١٠ سم٣) من المحـلول الملحى الموضوع فى الأنبوبة الأولى ، وبعـد ذلك نأخذ من الأنبوبة الأولى بعد مزجها مقدار ١/٢ سم٣ من المخلوط ونضعه فى الأنبوبة الثانية ونرجه رجا جيـدا ثم نأخذ من الأنبوبة الثانية مقدار (١/٢ سم٣) من المخلوط وننقله الى الأنبوبة الثالثة، وهكذا نكرر العملية حتى نصل الى الأنبوبة العاشرة . ومن الأخيرة نأخذ مقدار (١/٢ سم٣) من السائل ونستغنى عنـه . بهذه الطريقة نكون قـد حضرنا العشرة الأنابيب إختبار بالنسب المخففة المطلوبة . بعد ذلك نرج الأنابيب رجا جيدا ونضيف لكل أنبوبة (٢ ١/٢ سم٣) من معلق (Suspension) الذهب الغروى ثم نرج الزجاجات ثانية .

فإذا انتظرنا نصف ساعة يمكننا أن نقرأ النتيجة غير أن المعتاد عدم قراءة النتيجة قبل مضى نصف يوم تقريبا . ونقرأ النتيجة على أساس الألوان المختلفة التى تعطيهـا الزجاجات العشر بسبب تفاعل اليوجلوبيولين الموجود فى السائل النخاعى المخى مع معلق الذهب الغروى . وفى العادة نعطى رموزا لهذه الألوان .

فالرمز صفر (٠) يدل على عدم تغيير فى اللون الطبيعى، أى أحمر قاتم .
والرمز (١) « « تغيير خفيف فى اللون الى لون أحمر بزرقة .
« (٢) « « « الى لون ارجوانى (Purple) .
« (٣) « « « الى لون أزرق غامق .
« (٤) « « « الى لون أزرق فاتح .
« (٥) « « « فى اللون مع راسب أزرق .

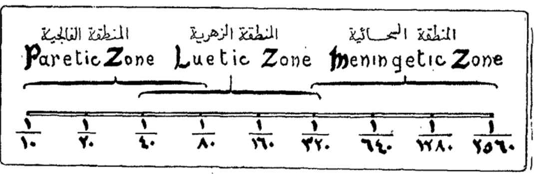
وهذا الاختبار يعتبر حساسا للغاية للدلالة على التغييرات الباثولوجية فى السائل النخاعى، وهو من الأهمية بمكان فى اختبار التغييرات الأوّلية الباثولوجية فى الجهاز العصبى بحيث لا يستغنى عنه عند عمل اختبار آخر لهذا الغرض .

ولما كان لكل مرض رمز خاص فى هذه التجربة ، لذلك يستحسن أن نرسم خطا بيانيا لبعض الأمراض العصبية المهمة لمقارنتها عند إجراء هذه التجربة على مرضى مشتبه فى إصابتهم بنفس الإصابات العصبية .



يحتوى السائل النزاعى المخى فى إصابة شلل المجانين على كمية كبيرة من الجلوبيولين ويحدث راسبا فى معلق الذهب الغروى فى الأنابيب المركزة بين النسب (١/١٠ و ١/٨٠)

أما فى مرض التابيز (الخراع) فان التغييرات التى تطرأ على معلق الذهب الغروى يمكن ملاحظتها فى الأنابيب المخففة ما بين النسب (١/٤٠ و ١/٣٢٠) وفى حالات التهاب السحايا نلاحظ التغييرات فى الأنابيب المخففة بين (١/٣٢٠ و ١/٢٥٦٠) . لذلك قسمت هذه النسب الى مناطق بأسماء معينة كما يظهر فى الجدول الآتى :



وهذه التجربة تشير الى الإصابة الزهرية بالجهاز العصبى قبل أن تظهر نتيجة إيجابية للسائل النخاعى المخى للوسرمان . وإذا أعطى المريض علاجا للجهاز العصبى فان نتيجة هذه التجربة الإيجابية تتلاشى وتصبح سلبية قبل أن يصبح الوسرمان للسائل النخاعى المخى سلبيا .

إصابات زهرى الأعصاب بالقطر المصرى [1]

سأذكر هنا بعض الملاحظات على إصابات زهرى الأعصاب فى القطر المصرى . ولا يمكننى فى هذا المجال بطبيعة الحال أن ألم بكافة أطراف هذا الموضوع الهام المتسع النطاق ولذلك أجدنى مضطرا أن أقصر ملاحظاتى على ما خبرته علميا من أبحاثى التى أجريتها على المرضى المصريين .

تحققت أنه من بين ١٠٣٨١ حالة بالزهرى، عولجت فى إحدى عيادات الأمراض الجلدية والزهرية خلال الخمس السنوات الماضية، كانت ١٨٣ إصابة

(١) هذا الموضوع مترجم عن الرسالة التى ألقيتها فى الاجتماع الفنى الذى انعقد بكلية الطب المصرية فى ١٥ أبريل سنة ١٩٣٣ وحضره أعضاء الاتحاد الدولى لمكافحة الأمراض الزهرية .

بزهرى الأعصاب، وثبت تشخيصها إكلينيكيا، أى بمعدّل ١,٨ ./. من مجموع إصابات الزهرى . وكان من الـ١٨٣ حالة المذكورة ١٣٦ إصابة بين الذكور و ٤٧ بين الإناث . وقد اكتشف دافيد ليز (David Lees) بأدنبره ٦٥٣ إصابة بزهرى الأعصاب بين ١٣١٩١ مريضا بالزهرى ؛ وكان هذا هو مجموع المرضى الذين فحصهم فى اثنى عشر عاما ؛ فتكون نسبة الاصابة بزهرى الأعصاب بينهم ٤,٥ ./. وربما يبرر هذا الاختلاف فى النسبتين وجود تلك الحلزونيات التى يفترض وجودها بعض علماء مرض الزهرى ، ويطلقون عليها اسم سلالة الحلزونيات ، التى توجد بينها وبين مراكز الأعصاب جاذبية خاصة ؛ وذلك للتفرقة بينها وبين نوع الحلزونيات الذى يؤثر على الجلد تأثيرا خاصا ؛ وإلا فما معنى هذا الاختلاف فى النسبتين . ولا بدّ لى قبل أن أجاهر برأيى أن أورد بعض تفصيلات أخرى أعتبرها جوهرية فى الموضوع :

قال مستر ماك دوناغ (Mc Donagh) — وهو أحد علماء الزهرى البارزين فى لندن — إن الصورة الاكلينيكية لقرحة الزهرى الأوّلية (Chancre) قد تدلنا على مدى ما سيظهر من أعراض الزهرى على المريض فى المستقبل . وهو يعتبر أن القرحة الأوّلية الدملية الأكالة هى نوع شديد من القروح، ينشأ عنها فيما بعد دور تام ظاهر . ثم يميل هذا العالم الى عزو سبب الإصابة بزهرى الأعصاب التى تظهر على المرضى فى المستقبل، الى الحالات التى كانت مصابة بالقروح الأوّلية الدملية الأكالة؛ وذلك للتمييز بينها وبين القروح الدملية المتقرحة التى تعقبها عادة أعراض جلدية ناشئة عن المرض .

وقد فحصت خلال أربع السنوات ٤٩٣ إصابة بقروح أوّلية، فكان بينها ٣٠٢ إصابة أكالة و ١٩١ إصابة تقرح . وقد رجع حوالى ٦٠ ./. من هؤلاء المرضى لاستشارتى خلال تلك السنوات الأربع ، وتبين لى من فحصهم أن ٨٠ ./. منهم قد ظهرت عليهم أعراض تختلف بين طفح جلدى وتقرحات ثلاثية أو أورام صمغية؛ بينما ظهرت على العشرين فى المائة الباقين منهم أعراض غامضة لزهرى

كامن . ولم أستطع أن أتحقق من إصابة مريض واحد من هؤلاء المرضى جميعا بأعراض عصبية واضحة إكلينيكيا، ولذلك لم أستطع البت — بحسب تجاربى — فى التمييز بين نوعى أعراض الزهرى المستقبلة الناشئة إما عن القروح الأوّلية الدملية الأكالة، وإما عن القروح الأوّلية الدملية المتقرحة .

ويجب على بعدئذ أن أذكر بعض مشاهدات إكلينيكية تضاد فكرة وجود سلالة حلزونيات عصبية خاصة :

استشارنى رجل من أرباب الأعمال فى الثانية والأربعين من عمره ، يشكو آلاما موجعة تنتابه دائما فى العظام والمفاصل ، ويتعب لأقل مجهود ؛ وفيما عدا ذلك لم يكن مصابا بأى طفح جلدى أو إصابة فى الأعصاب . وذكر لى أنه كان قد أصيب بالزهرى منذ عشرين عاما . وكانت نتيجة فحص الدم بطريقة واسرمان إيجابية (+ + +) ونتيجة فحص السائل المخى الشوكى سلبية ، ولم يكن هناك زيادة فى الخلايا الليمفاوية أو الجلوبيولين . وقد طلبت اليه أن يسمح لى بفحص أولاده الأربعة وهم فتاة فى العشرين من عمرها ، وفتى فى الثامنة عشرة ، وغلامان أحدهما فى الرابعة عشرة، والآخر فى الثانية عشرة؛ فقال لى الفتى البالغ من العمر ١٨ عاما : إنه مصاب بنوبات صرع تحدث له بمعدّل عشر مرات فى اليوم الواحد ، وقد استمرّت هذه النوبات مذ كان فى الرابعة عشرة من سنه . أما الفتاة والغلامان فلم يشكوا مرضا معينا . وفحصت دمهم جميعا بطريقة واسرمان فكانت النتيجة إيجابية (+ + + +) ثم فحصت السائل المخى الشوكى لكل منهم، فلم يكن إيجابيا إلا فى الغلام الذى عمره ١٨ سنة ، وهو الذى كانت تنتابه نوبات الصرع ، وكان مقدار الجلوبيولين زائدا ، وكذلك عدد الخلايا الليمفاوية (٣٠ فى كل ملليمتر مربع) ؛ أما فى بقية أخوته فلم يظهر شىء غير عادى فى السائل المخى الشوكى . ففى هذه الحالة وجدنا أسرة مصابة بالزهرى لابد وأن تكون إصابتها قد حدثت بنفس السلالة من الحلزونيات ، ولم يظهر على الوالد الذى أصيب بالمرض منذ عشرين عاما أى تغير باثولوجى فى الجهاز العصبى ، بينما ظهرت على ابنه علامات

الالتهاب السحائى المخى ، مع تغيرات باثولوجية محققة فى السائل المخى الشوكى ؛ وفى الوقت نفسه لم تظهر على الفتاة ولا على الغلامين أية تغييرات فى الجهاز العصبى ، وهم فى ذلك يستوون مع والدهم .

وأورد حالة أخرى وهى حالة صانع أحذية يبلغ الثلاثين من العمر أتى ليستشيرنى فى حالة ورم صمغى متقرح فى راحة يده اليسرى ظهر بها منذ خمس سنوات ؛ ولم أتبين أى شذوذ فى جهازه العصبى . على أنه بعد علاجه ببضعة أشهر ، أحضر لى ابنه الوحيد وهو رضيع فى الشهر السادس من حياته ، وكان مصابا بشلل الجانب الأيسر . ففى هذه الحالة أمامنا والد غير مصاب بزهرى الأعصاب ، ولكن ابنه أصيب فى باكورة حياته بشلل نصفى ناشئ عن الزهرى .

وثمة حالة ثالثة ، وهى حالة سيدة متزوجة فى الخامسة والثلاثين من عمرها ، كانت مصابة بالتهاب استحالى بالحبل الشوكى الناشئ عن الزهرى . وأقول إن الإصابة كانت استحالية لأنه ظهرت على المريضة خلال المعالجة علامات شديدة جدا لاستحالة متقدمة فى النسيج العصبى . وكان للسيدة ابنة فى الخامسة عشرة من عمرها ولم يظهر عليها من الأعراض سوى الطفح والتقرحات الجلدية .

فهذه الحالات تثبت لى أنه لا توجد سلالات خاصة من الحلزونيات تميل إلى النسيج العصبى ، أو بمعنى آخر إننى لا أقر — حسبما دلت عليه اختباراتى — بوجود سلالات من الحلزونيات يكون بين بعضها وبين مراكز الأعصاب جاذبية خاصة ويؤثر البعض الآخر من هذه الحلزونيات (الإسبيروكيتا) على الجلد تأثيرا خاصا .

فهل لنا أن نتسائل عما إذا كانت إصابات زهرى الأعصاب الاكلينيكية ، التى مر بنا ذكرها والتى هى قليلة بالنسبة لإصابات الأمراض الأخرى ، هى إصابات فردية ، أو أنه توجد عوامل معينة تسببها ؟ لقد ذكر أحد الثقات فى كتاب له ظهر فى سنة ١٩٢٠ أن إصابات زهرى الأعصاب فى الشرق نادرة نسبيا ، نظرا لأن المرضى لا يعالجون إلا علاجا محدودا . على أن علاج الزهرى فى هذه البلاد قد عمم خلال العشر السنوات الماضية بفضل الجهود الموفقة التى

يبذلها حضرة صاحب السعادة الدكتور محمد شاهين باشا ، حتى أنه لا تكاد تخلو مدينة من عيادة للأمراض الجلدية والزهرية ، أو مستشفى عام يعالج به مرضى الزهرى مجانا . هذا والمرضى يعالجون علاجا وافيا بالنيوسلفرسان والبزموت والزئبق واليود على نطاق واسع . وأصبح المرضى جد راغبين فى إعادة أخذ العلاج النوعى للمرة الثانية أو الثالثة فى الوقت المناسب . ويؤخذ من هذا أن العلاج المستعمل الآن فى هذا القطر لا يقل عن مثيله فى البلاد الأوربية .

ذكرت آنفا أن عدد إصابات زهرى الأعصاب فى الخمس السنوات الماضية هو ١٫٨ ٪ فقط . وإننى أعلق أهمية على هذه المسألة ، لأنه بودى أن أشير إلى أن معالجة المرضى جماعات لم تؤد إلى زيادة زهرى الأعصاب فى هذه البلاد . على أن نون (Nonne) قد ذكر عكس ذلك فيما يتعلق بإصابات زهرى الأعصاب فى أوربا ، إذ قال فى كتابه : إنه منذ سنة ١٩١٧ توجد زيادة مطردة فى تلك الاصابات فى القارة الأوربية ، وذلك بسبب الإكثار من استعمال الارسينوبنزين (arseno-benzene) وقد أشار ويمر (Wimmer) إلى ازدياد حالات الشلل العام للمجانين فى العشرين السنة الأخيرة فى كوبنهاجن .

وكانت إصابات زهرى الأعصاب الـ ١٨٣ التى اكتشفتها فى تلك العيادة الكبيرة للأمراض الجلدية والزهرية خلال الخمس السنوات الماضية مقسمة كما يأتى :

تسعون إصابة فى الجهاز الدموى أحدثت شللا نصفيا أو شللا سفليا .

وأربعون إصابة بالتهاب سحائى عام أو موضعى فى أعصاب الجمجمة أو غيرها من الأعصاب .

وثلاثون إصابة بالتهاب الأعصاب المتطرفة .

واثنتا عشرة إصابة بالتهاب الحبل الشوكى .

وخمس إصابات بالخراع .

وأربع إصابات بالشلل العام للمجانين .

وإصابتان بشلل الانتفاخ النخاعى .

ولم أذكر فى هذا البيان إلا الإصابات العصبية التى ثبت تشخيصها إكلينيكيا. أما الحالات الأخرى التى ظهرت فيها المظاهر الباثولوجيــة على السـائل النخاعى الشوكى، ولكنها كانت خالية من العلامات الاكلينيكية، فلم أدرجها ضمن الحالات المتقــدمة .

والشلل النصفى هو أكثر شـيوعا من أى نوع آخر من أنواع الاصابات العصبية، وهو يصحب شلل الأعصـاب الأخرى النـاشئ عن الالتهاب السحائى القاعدى، والتغييرات التى تحصل عادة هى التهاب بطانة الشريان القاعدى ؛ وأهم الأعصاب التى تتأثر بالالتهـاب السحائى هى عصب محرك العين والأعصاب الجمجمية الخامس والسادس والسابع وعصب تحت اللســان . وقد تباينت نتائج فحص السائل المخى الشوكى فى هذه الحالات، ولكن لا جدال فى أن هــذا التباين راجع الى تغلب إحدى الإصابتين : إما إصابة الجهاز الدموى البحت، وإما إصابة السحايا . ففى إصابة الجهاز الدموى التى كان مظهرها الشلل النصفى كانت نتيجة فحص السائل المخى الشوكى بطريقة واسرمان سلبية دائمـا ، وكان عدد الخلايا الليمفاوية طبيعيا والزيادة فى الجلوبيولين طفيفة جدا، وحتى فى بعض الحالات لم تكن هناك زيادة ما . أما فى التهاب السحايا فكان عدد الخلايا الليمفاوية زائدا زيادة محققة، وكذلك كانت هناك زيادة فى الجلوبيولين .

وأما الالتهاب العصبى الزهرى الذى يتخذ شـكل عِرق النسا فإصاباته كثيرة نوعا ما، وكذلك التهاب الأعصاب فى الضفيرة العضدية فى كل من الجانبين . وقد يقال إن هــذه النسبة العالية فى الإصابات راجعــة الى تأثير سام لبعض العقاقير النوعية، ولكن تحسن هــذه الأعـراض بعلاجها بهــذه العقاقير لا يدع محلا لهذا التســاؤل .

ومن البيان الذى سبق لى ايراده يلاحظ أن مجموع حالات الخراع والشلل العام للجانين والتهاب الحبل الشوكى هو ٢١ فقط من ١٨٣ إصابة بزهرى الأعصاب . وهذا معناه أن إصابات التهاب الدماغ الانحلالى والتهاب الحبل الشوكى الانحلالى

المسببة عن الزهرى قليلة جدا . والى الآن لم يتبين أن العلاج النوعى يحدث زيادة أكيدة فى إصابات الأعصاب الاستحالية، وإننى لا أذكر إلا حالة واحدة لالتهاب الدماغ النزفى حدثت فجأة عقب حقنة النيوسلفرسان الثانية (وكان مقدارها ٠٫٤٥ من الجرام)، وكان المريض — وهو رجل فى الخامسة والثلاثين من عمره ويبدو فى صحة جيدة — يعالج من زهرى عام، وحالة قلبه وبوله طبيعية، ولم يحدث له ردّ فعل عقب إعطائه الحقنة الأولى من النيوسلفرسان (ومقدارها ٠٫٣٠ من الجرام)، ولكنه عند ما أخذ الحقنة الثانية — بعد مضى أسبوع على الحقنة الأولى — سقط بغتة وفقد وعيه وكان نبضه غير محسوس، ثم أصيب بقىء وإسهال وأصبح سريع التهيج، وقد أفاق بعد سبع ساعات أعطيت له خلالها مقادير وافرة من كل أنواع المنبهات؛ ويعتقد بعض الثقات أن هذا الحادث من الأعراض الاكلينيكية للزهرى؛ ولكن لما كانت هذه الأعراض لم تحدث إلا عقب حقنة النيوسلفرسان، وقد شفى المريض ولم يعط حقن الارسينوبنزين بعدها، فالغالب أنها كانت نتيجة الأرسينوبنزين نفسه دون غيره من الأسباب .

معظم المرضى الذين يتردّدون على عيادة الأمراض الجلدية والزهرية بالريف هم من طائفة المزارعين الذين يقيمون فى الأرياف وكذلك بعض العمال، وقد لاحظت أن أغلب المرضى الذين يحضرون الى عيادتى الخاصة هم من أرباب الأعمال أو من الشبان المتعلمين . ويخيل إلىّ أننى أعالج فى عيادتى حالات من الشلل النصفى أكثر مما أعالجه منها فى العيادة الحكومية، وأظن أن هذا هو العامل الحقيق فيما يبدو من قلة إصابات زهرى الأعصاب فى القطر المصرى، لأن أغلب الإحصاءات التى تجمع عن هذا المرض تؤخذ من بين سكان الريف الذين يعيشون عيشة هدوء وبساطة فى الهواء الطلق، وهم لا يكدّون أذهانهم إلا نادرا فيما يسبب لهم إجهادا عقليا، وهم يشتغلون بأيديهم وأرجلهم فى حقولهم، ويحضرون الى عياداتنا ليستشيرونا فى أورام صمغية متقرحة بجلد أيديهم وأرجلهم وأقدامهم . أما فى أوربا حيث يشتد صراع العمال العاديين فى كسب العيش فان عقولهم تكون متيقظة أبدا لكى

يحتفظ الواحد منهم بوظيفة دائمة تضمن له اتصال رزقه ؛ فالجهد الذى يقوم به الجهاز العصبى المركزى باعتباره أحد أجهزة الجسم هو جهد جسيم ، وهذا هو سبب عدم حدوث إصابات كثيرة بالشلل العام أو الخراع فى هـذه البلاد بالقدر الذى تحـدث به فى أوربا . وقـد لوحظ ازدياد إصابات زهرى الأعصاب فى أوربا منـذ الحرب العظمى ، وكان المصابون بهـذا المرض من الأشخاص الذين أصيبوا برجات عصبية من جراء انفجار القنابل أو دوى المدافع أو انفجار الألغام ؛ وهـذا يؤيد وجهة نظرى ، وهو أن قلة إصابات زهرى الأعصاب بالقطر المصرى بالنسـبة لأوربا ترجع الى حيـاة الهدوء التى يحياها المصريون وأغلبهـم من الذين يقيمون فى الأرياف .

ولم يبق لى إلا مسألة واحدة أطرحها للمناقشة وهى : ما هو العامل الذى يمهد الطريق لاصابة مريض بزهرى الأعصاب بينما يحول دون إصابة مريض آخر بنفس الاصابة ، مع أن ظروف الاثنين تكون واحدة؟ ما هو العامل الذى يمنع إصابة الجهاز العصبى فى الوالد المصاب بالزهرى بينما أن ابنه الذى يبلغ الستة الأشهر من عمره يظهر عليـه شلل نصفى راجع الى الزهرى ؟ . أعتقـد أنه ليس من السهل الإجابة على هذين السؤالين فى الوقت الحاضر . ويجب علينا فى الوقت نفسه بصفتنا أطباء أن نوجه عناية كافية الى هـذه المسألة إذ أن مهمتنا الأولى هى الوقاية من زهرى الأعصاب لاعلاج الأنسجة التالفة ، والمعروف أن الشخص المصاب بالتدرن اذا حصلت له إصابة عرضـية فى أحد المفاصل كالمفصـل الحرقفى مثلا أصيب المفصل بالدرن ، وكذلك الحال فى الزهرى فان المريض الذى يصاب بالتهاب اللسان السطحى المزمن يظهر من تاريخ مرضه عادة أن إصابتـه بالتهاب اللسان حدثت بسبب نخر فى أسنانه ، وكذلك لا تظهر حالات الزوائد الزهرية (الكونديلوماتا) إلا فى المواضع التى تظل رطبة باستمرار كفتحة الشفرين والشرج والأنف . والتهاب السمحاق فى الزهرى لايظهر عادة إلا عقب إصابة عرضية ، وبمعنى آخر أن الحلزونيات (السبيروكيت) تفضل أن تأوى الى نسيج تالف . وللإصابات نصيب

كبير فى ظهور أعراض زهرى الأعصاب ، فمثلا اذا وقع شخص عادى وارتطمت رأسه بالأرض فقد لا يحدث هـذا السقوط شيئا فى حالته ، أما اذا سقط المصاب بالزهرى مثل هذه السقطة فربما أحدثت له تشنجات بسبب التهاب السحايا التهابا نوعيا إضافيـا بسبب الزهرى . وينشأ عن التسمم بالكحول التهـاب الأعصاب والبلاهة ، ولكن المريض بالزهرى يصل الى هـذه النتيجة فى وقت أقل ، وكذلك الحـال فيما يتعلق بالشلل العام للجانين وبغـيره من أنواع التهاب الدماغ الانحلالى والتهاب الحبل الشوكى . وربمـا كان امتناع أغلب الريفيين فى القطر المصرى عن تناول الخمر هو سبب من أسباب قلة إصابات زهرى الأعصاب .

هذا ولم أتحدث حتى الآن إلا عن الأعراض الاكلينيكية البحتة لزهرى الأعصاب فى مصر ، ولكننى سأتكلم عن التغييرات الباثولوجية التى تلاحظ فى السائل المخى الشوكى فى الحالات التى لاتظهر عليها أى أعراض إكلينيكية لزهرى الأعصاب . وترجع أبحاثى فى هذا الموضوع الى سنة ١٩٢٧ — وقد قسمت الحالات التى قمت بفحصها الى الأقسام التالية :

(١) حالات القروح الأولية .

(٢) حالات الدور الثانى أو العام .

(٣) حالات الزهرى الثلاثى الذى تظهر فيه أورام صمغية سطحية .

(٤) الحالات التى تظهر فيها على الجهاز القلبى الوعائى تغييرات زهرية .

(٥) حالات الحبالى المصابات بالزهرى .

(٦) حالات الزهرى الكامن .

(٧) حالات الزهرى الخلقى (الوراثى) .

جـدول يبين نتيجة فحص السائل الشوكى فى حالات الزهرى المختلفة

أنواع الزهرى	عدد الحالات التى فحصت	نتيجة فحص السائل الشوكى بطريقة واسرمان			مقدار الجليبولين			عدد الخلايا الليمفاوية		النسبة المئوية للحالات التى حصلت بها زيادة
		حالات ايجابية	حالات سلبية	نسبة الحالات الايجابية فى المئة	الزيادة	الطبيعى	مقدار الزيادة فى المئة	الزيادة	الطبيعى	
القروح الأولية	٣٥	—	٣٥	—	٢	٣٣	٥ر٥ ٪	٢	٣٣	٥ر٥ ٪
الدور الثانى أو العام	٤٠	٣	٣٧	٧ر٥ ٪	٥	٣٥	١٢٪	٧	٣٣	١٧ر٥٪
الدور الثلاثى (أورام صمغية سطحية)	٦٥	٦	٥٩	٩ ٪	٧	٥٨	١١٪	٨	٥٧	١٢٪
زهرى الجهاز القلبى الوعائى ...	٢٥	٢	٢٣	٨ ٪	٢	٢٣	٨ ٪	٢	٢٣	٨ ٪
الحبالى المصابات بالزهرى ...	٢٠	١	١٩	٥ ٪	١	١٩	٥ ٪	١	١٩	٥ ٪
الزهرى الكامن	٧٠	٤	٦٦	٦ ٪	٦	٦٤	٨½ ٪	٩	٦١	١٣٪
الزهرى الخلق (الوراثى)... ...	٤٣	٥	٣٨	١١½٪	٧	٣٦	١٦٪	٩	٣٤	٢١٪

فمن الاطلاع على الجدول المتقدّم يتضح لنا أنه فى كافة حالات القروح الأوّلية كانت نتيجة فحص السائل المخى الشوكى بطريقة واسرمان سلبية ، والجلوبيولين والخلايا الليمفاوية لم يزد مقدارهما إلا فى ٥٫٥ ٪ من الحالات . أما فى الدور الثنائى أوالدور العام فكانت نتيجة واسرمان إيجابية فى ٧٫٥ ٪ من الحالات وزيادة الخلايا الليمفاوية فى ١٧٫٥ ٪ من الحالات . وفى الزهرى الثلاثى كانت نتيجة واسرمان إيجابية فى ٩ ٪ من الحالات ، وكانت هناك زيادة فى الخلايا الليمفاوية فى ١٢ ٪ من الحالات . وفى زهرى الجهاز القلبى الوعائى ظهرت التغيرات الباثولوجية فى السائل المخى الشوكى فى ٨ ٪ فقط من الحالات . وأما فى الحبالى المصابات بالزهرى فلم أصادف إلا حالة واحدة بين ٢٠ حالة (أى بنسبة ٥ ٪) وقد ظهرت فيها جليا على السائل المخى الشوكى تغيرات باثولوجية ، وقد ترجع هذه النسبة الضئيلة بين الحبالى إلى وجود ذرّات غروية بروتينية خوريونية فى مصل الحبالى تفعل فعل الأجسام المضادّة ، وأعتقد أن هذا هو أحد أسباب قلة ظهور الأعراض الاكلينيكية لزهرى الأعصاب على النساء ، وذلك على النقيض من الرجال (فقد ظهرت تلك الأعراض على ٤٧ من الإناث و ١٣٦ من الذكور من بين ١٠٣٨١ إصابة بالزهرى) ولذلك فانه من الضرورى جدّا الإسراع فى علاج الحبالى حتى تزيد مناعتهنّ الطبيعية بتلك الأجسام المضادّة لكى تقيهنّ إصابة زهرى الأعصاب .

ولنعد إلى الجدول ثانيا فيتضح لنا منه أن نسبة حالات الزهرى الكامن التى ظهرت فيها على السائل المخى الشوكى التغيرات الباثولوجية كانت عالية نسبيا ، وهذا هو المتوقع طبعا فى الحالات التى لا يظهر فيها من الأعراض مايلفت نظر المريض إلى حقيقة حالته ، ولذلك فانه من واجب الطبيب المعالج أن ينبه المصابين بالزهرى فى هذه الأحوال وأن ينصحهم بضرورة تحليل الدم والسائل المخى الشوكى فى أوقات معينة .

وفى الزهرى الكامن تظهر تغيرات باثولوجية فى السائل المخى الشوكى فى ٢١ ٪ من الحالات ، وكذلك تكثر جدّا حالات زهرى الأعصاب الاكلينيكية بين المصابين

بالزهرى الخلق . أما الأعراض المهمة المنذرة بزهرى الأعصاب والتى تظهر على الأطفال المصابين بالزهرى فهى انحطاط كفاية الطفل العقلية كلما تقدم فى العمر، وانخفاض ذكائه عن مستوى ذكاء أقرانه، واعتياده بعض العادات السيئة .

ولننتقل بعدئذ للأعراض الأولية العامة لزهرى الأعصاب فأقول : إنه من واجبنا أن نوجه عناية كبيرة إلى تلك الآلام المبكرة المتنقلة التى يشعر بها المرضى المصابون بالزهرى — والتى لا ينتبه اليها الطبيب — بدلا من العناية بعلاج الجهاز العصبى بعد تلفه . وإنه ليسرنى أن أذكر فى هذا الموطن أنه فى عيادة الأمراض الجلدية والزهرية التى أعمل فيها قد تحمس المرضى خلال بضعة الأعوام السالفة للفكرة التى أطلق عليها اسم "جنون الزهرى". ولكن توجد بعض أعراض معينة يجب الانتباه اليها حتى يستطاع وقاية المريض من زهرى الأعصاب . فالصداع المستمر والدوار والأرق قد تكون كلها أعراضا منذرة باصابة سحائية أو وعائية مبكرة ؛ وقد يدل الاحساس بالخدر وزيادة الحساسية فى الأطراف على التهاب الأعصاب المبكر، ولذلك كان من المهم فحص الانعكاسات فى المريض سواء منها السطحية أو الباطنية، ولا سيما انعكاسات الحدقة وتأثرها بالضوء . وقد يشير ضعف قوة السمع أو استرخاء العضلات المؤقت إلى وجود إصابة عصبية وعائية أو سحائية ، ويجب فحص أعصاب الجمجمة بصفة خاصة فقد تظهر على المريض علامات مبكرة لالتهاب سحائى قاعدى، ويجب أن لا يعزب عن البال أن فحص السائل المخى الشوكى من وقت لآخر قد يساعد كثيرا فى محاولة الوصول إلى تشخيص الحالة .

وإننى ألخص بحثى فيما يلى :

(١) إن إصابات زهرى الأعصاب ليست كثيرة الشيوع فى القطر المصرى فهى حوالى ١,٨ ٪ من مجموع حالات الزهرى ، يقابلها ٤,٥ ٪ فى أدنبره .

(٢) لا يوجد فارق ظاهر بين نوعى القروح الأوّلية ، وهما النوع الدملى الأكال والنوع الدملى المتقرح، بحيث يكون لهذا الفارق أثر فى إصابات زهرى الأعصاب فى القطر المصرى .

(٣) لا توجد أدلة على وجود سلالات من الحلزونيات (السبيروكيت) يكون بين بعضها و بين مراكز الأعصاب جاذبية خاصة ، و يكون للبعض الآخر تأثير خاص على الجلد لأنه قد حدث أن والدا ، لم تظهر عليه أعراض زهرى الأعصاب ولا تغيرات باثولوجية فى السائل المخى الشوكى، أصيب ابن له بالشلل النصفى فى باكورة حياته .

(٤) إن النشاط فى علاج الزهرى خلال العشرة الأعوام الماضية لم يؤدّ إلى زيادة محسوسة فى إصابات زهرى الأعصاب بالقطر المصرى .

(٥) إن الإحصاءات الموضوعة عن زهرى الأعصاب فى القطر المصرى مأخوذة عن مرضى من سكان الريف الذين يحيون حياة هدوء وسكينة ولا يكادون يقومون بأى مجهود عقلى جدّى . وهذا على النقيض من طبقة المرضى فى الخارج حيث النضال على العيش على أشدّه، وبذلك يكد المريض منهم أعصابه أكثر من المريض فى مصر . ومن الأسباب الأخرى التى تنشأ عن قلة إصابات زهرى الأعصاب فى القطر المصرى هى امتناع الريفيين عن تناول الخمر .

(٦) إن إصابات زهرى الأعصاب فى القطر المصرى تتخذ فى الغالب شكلا وعائيا (٤٩ ٪ من الحالات) أو شكلا سحائيا (٢١ ٪) فى حين أن إصابات التهاب الدماغ الانحلالى والتهاب الحبل الشوكى الانحلالى تبلغ نحو ٦ ٪ فقط من مجموع الحالات .

(٧) إن نتيجة فحص السائل الشوكى فى المرضى المصابين بالزهرى الذين لا تظهر عليهم علامات زهرى الأعصاب الإكلينيكية هى كما يلى : فى حالة الحوامل تظهر التغييرات الباثولوجية فى ٥ ٪ من الحالات، وتتراوح بين ١٢ و ١٧ فى المائة

فى إصابات الدور العام أو الدور الثلاثى أو الزهرى الكامن ، أما فى الزهرى الخلق فان التغيرات الباثولوجية تظهر فى السائل المخى الشوكى فى ٢١ ٪ من الحالات .

٨ — تجب وقاية المريض من زهرى الأعصاب ، وذلك بفحص السائل المخى الشوكى للمرضى الذين تحت العلاج فحصا دوريا . وإن الإنتباه الى الأعراض العصبية المنذرة بالمرض لعلى جانب عظيم من الأهمية ، وكذلك العناية بالأعراض الأخرى مثل الصداع والأرق والدوار والتغير فى انعكاسات الحدقة والفتور فى الهزات وزيادة الحساسية والاحساس بالخدل فى الأطراف لها من الأهمية مثل ما للفحص الدورى .

بعض ملاحظات عن زهرى الجهاز العصبى

يعتبر زهرى الجهاز العصبى من الأهمية بمكان نظرا لخطورة نتائجه ولأهمية العلاج فى الابتداء اتقاء لنتائجه السيئة . والزهرى من أسباب أمراض المخ المختلفة ، وتعزى اليه معظم حالات الجنون .

ويمكننا أن نقسم إصابة الجهاز العصبى على سبيل التجاوز الى قسمين — ولو أنه فى كثير من الحالات تندمج الاصابتان الواحدة فى الأخرى :

(١) زهرى أوعية المخ والنخاع الشوكى وكذا زهرى السحايا ، ويسمى هذا النوع الزهرى الخللى (Interstitial Syphilis) .

(٢) زهرى الخلايا المخية أو النخاعية ، ويسمى هذا النوع الزهرى الحشوى (Parenchymatous Syphilis)

وكما ذكرت قد يصادف أن نرى حالات من الزهرى الخللى مصحوبة بإصابات استحالية فى المخ نفسه أو النخاع .

وتجب ملاحظة أنه فى الإصابة الزهرية الحديثة للجهاز العصبى تصاب عادة الأوعية أولا ثم السحايا ، وذلك فى خلال الخمس السنوات الأولى من الإصابة الابتدائية (القرحة) . وبعد ذلك بنحو ثمان أو عشر سنوات تظهر مظاهر الزهرى الحشوى (Parenchymatous Syphilis) .

زهرى المـــخ

تأخذ إصابة الزهرى فى المخ مظهرا من المظاهر الآتية :

(١) التهاب سحايا المخ (Meningitis) . (٢) التهاب أوعية المخ (Artritis) . (٣) أورام صمغية .

(١) التهاب سحايا المخ — تصاب قاعدة المخ بالالتهاب السحائى أكثر مما يصاب به أى جزء آخر . وقد تبدأ الإصابة فى وقت مبكر (السنة الأولى من الاصابة) بدليـل ما نراه من زيادة الخلايا الليمفاوية عنـد فحص السائل النخاعى فى حالات لم تظهر عليها بعد علامات إكلينيكية تدل عليها .

التهاب الأم الحنون (Lepto-meningitis) — أكثر السحايا إصابة بالزهرى هى الأم الحنـون حيث يلتهب الجزء القاعدى منها (Basal Lepto-meningitis) ولا سيما الفجـوات الواقعة بين عنـق المخ والمخيخ (Interpeduncular Spaces) وشقوق سلفيوس (Sylvian fissures) حيث تكثر كمية السائل النخاعى . و يصحب إصابة الأم الحنون التهاب حول الأوعية (periartritis) والتهاب فى الأوعية نفسها (Endartritis) وأورام صمغيـة . وقد تمتـد الاصابة الى أسـفل فتصيب جذوع أعصاب المخ والنخاع الشوكى . وإذا فحصنا الأغشية نجدها متضخمة ذات لون سنجابى . وجميع أجزاء أسفل المخ ، بما فيها الأوعية والأعصاب ، مغمورة بطبقة إفرازية لزجة .

الأورام الصمغية — سنتكلم على هذه قبل الكلام على إصابة الشرايين حتى لا نحتاج الى شرح مطول . فهى تتكوّن فى الطبقة العنكبوتية ، ومن النادر وجودها فى الأم القاسية . ونجدها عادة فى قاعدة المخ ، كما قد نعثر عليها فى أجزاء أخرى ، وهى عادة متعـدّدة . والأورام الصمغية الموجودة فى السطح الأعلى للمخ يصحبها وجود طبقة متضخمة من الغشاء السحائى المقابل لها ، كما يصحبها التهاب فى الطبقة السطحية للمخ (Encephalitis) .

الوصف الباثولوجى لالتهاب أوعية المخ (Arteritis) — يعتبر التهاب أوعية المخ أهم عامل فى باثولوجيا زهرى المخ . وتصاب به عادة الأوعية المكونة لدائرة ويليس (circle of Willis) ولا سيما الشريان المخى الأوسط (Middle Meningeal artery) . ويعزى التهاب الطبقة الداخلية للشرايين الى تولد عناصر النسيج الخلالى (Connective Tissue) مبتدئة بالأغشية الليمفاوية المحيطة بالأوعية، وكذا المحيطة بالأوعية المغذية (Vaso-Vasorum) . أما تضخم الطبقة الداخلية للأوعية فيكون ثانويا، وينتهى المظهر الالتهابى بتصلب ليفى (fibrous Sclerosis) .

والالتهاب الزهرى لبطانة الشرايين يسبب ضيقا لقناة الأوعية . وينتج عن ذلك عدم تغذية جزء المخ المغذى بتلك الأوعية . وإذا سدت الأوعية انسدادا تاما بسبب التهاب الطبقة المبطنة للشرايين، أو بسبب جلطة دموية فان جزء المخ المصاب يصبح ميتا ، وقد يتحول جزء من الشريان المصاب الى أنيورزم بسبب حلول النسيج الخلالى مكان الطبقة العضلية، ويعقبه تمدد فى النسيج المذكور، كما قد يصاب المخ بالنزيف بسبب انفجار الأوعية المصابة، إما بأثروما أو بالتهاب الأوعية الزهرى .

وأهم ما يستحق الذكر عن أوعية المخ أن الالتهاب الزهرى يصيب عادة مخرج الشرايين المنتهية (End - arteries) فمثلا الشريان المتوسط المخى (Middle Cerebral artery) يخرج منه الشريان العدسى المخطط (Lenticulo Striate) والشريان العدسى البصرى (Lenticulo Optic Artery) وهذه تغذى نواة الأعصاب المركزية (Central nuclei) . كما أن الشريان المخى المؤخرى (posterior Cerebral artery) يغذى نواة العصب الثالث المخى والسرير البصرى (Optic thalamus) والطريق البصرى (Optic tract) والحدبات التوأمية الأربع (Corpora Quadrigemina) ومن الشريان الفقرى (Vertebral Artery) والشريان القاعدى (Basilar Artery) تخرج شرايين مخترقة تغذى نواة المراكز العصبية فى البطين الرابع للدماغ

(fourth Ventricle) فالتهاب الطبقة المبطنة للأوعية المركزية المذكورة، ولو لم يصحبه انسداد فيها، يكفى أن يسبب موتا لاحدى هذه المراكز . وهذه نهاية خطيرة على حياة المريض . ويجب ألا يعزب عن البال أن انسداد الشريان القاعدى يعرض حياة المريض لخطر محقق .

عوارض زهرى المخ — تختلف العوارض بطبيعة الحال باختلاف الجزء المصاب من المخ، فمثلا الإصابة القاعدية يعقبها شلل، بسبب إصابة الأعصاب الموجودة فى قاعدة المخ؛ كما أن إصابة جانبى المخ تسبب التشنجات العصبية (Epilepsy) وعوارض مخية أخرى . وأهم العوارض المعينة لزهرى المخ هى : (١) الصداع والقىء . (٢) نوبات عصبية . (٣) شلل للعضلات المحركة للعين . (٤) التهاب عصب البصر . (٥) شلل جزئى أو كلى حسب الإصابة . (٦) عدم النطق (Aphasia) . (٧) عوارض مخية أخرى . (٨) شلل نصفى .

الصداع — يهمنا جدا تشخيص الصداع الناشئ عن الزهرى، إذ بذلك نستطيع إيقاف تقدّم الإصابة فى المخ إذا أجرى العلاج مبكرا . وقد يستمر الصداع أشهرا أو سنوات قبل أن نعرف حقيقته، أو تظهر عوارض مخية تشير اليه . ويحصل الصداع بإحدى الطرق الآتية :

(١) التهاب سمحاق العظام المخية . (٢) انحصار عصب فى قناة عظمية التهبت بسبب الزهرى . (٣) التهاب السحايا .

وهذه الأخيرة هى السبب فى الصداع فى إصابات المخ الزهرية المبكرة، وهى تختلف عن أنواع الصداع الأخرى بكونها إصابة عامة وشديدة، ولأنها تظهر ثم تختفى، وأشدّ ما تكون فى الليل .

أما صداع التهاب السمحاق الزهرى فهو مقصور على أجزاء معينة، وكذا الألم العصبى (Neuralgia)، فان نقط الألم تتبع طريق العصب، وقد يكون الصداع ناشئا عن عدم كفاية فى المجارى البولية بسبب التهاب كلوى زهرى .

القيء ــ هو عارض كثير الحصول فى الإصابات الزهرية المخية و يتبع فى العادة الصداع .

النوبات العصبية ــ قد تكون النوبة العصبية أول عارض يلفت نظر الطبيب الى وجود إصابة زهرية بالمخ، وإذا طرأ على المريض نوبات عصبية لأول مرة بعد سنّ الثلاثين فهذه تتسبب غالبا عن الزهرى . ومن الغريب أن النوبات العصبية التى تنشأ عن زهرى المخ قد لايصاحبها أحيانا علامات أخرى تشير إلى الإصابة المذكورة . فمن المعتاد مثلا ظهور بوادر الصداع قبل حدوث النوبات بأسابيع أو أشهر، وتظهر النوبات فى الابتداء على فترات متباعدة، ثم بعد مضى وقت تقصر الفترات بين كل نوبة والتى تليها، ويسبق هذه النوبات مايسمى بالنسيم (Aura) كما هى الحال فى الهستيريا، وهذا يأخذ مظهر خَدَر (تمميل) فى الأطراف، أو ضربات فى الأذن ، أو خيالات أمام العين ، أو رعشة فى العضلات، أو إحساس غريب فى الأطراف . والنوبات الزهرية تصيب جهة واحدة ولا يعقبها زوال وعى المريض ، ويكون مظهرها فى الجهة نفسها التى فيها الإصابة ، وتشير إلى مكان إصابة معين فى مجلس الحركة فى الدماغ (Motor area) . وهذا يقلل كثرة الشكوى من الآلام فى الجزء الجدارى من المخ قبل حصول النوبات . وربما كان السبب فى الشكوى من شدّة الألم احتفاظ المريض برشده فى النوبات . ويجب ألا ننسى أنه قد يذهب وعى المريض فى النوبات، وذلك فى بعض الإصابات الزهرية الشديدة .

وقد تشابه بعض النوبات العصبية الزهرية نوبات الصرع العادية (Essential Epilepsy) المصحوبة بعلامات معينة، مثل ضياع رشد المريض وصرع متوتر (Tonic convulsions) مصحوب بتشنج متواتر (Clonic convulsions) وظهور زبد فى الفم، والضغط على اللسان، والرجوع السريع إلى الرشد، مصحوبا بضعف الذاكرة المؤقت .

التشخيص — تختلف نوبات الصرع الزهرية عن نوبات الصرع العادية فى النقط الآتية :

(١) عدم حصول الصرخة الأولى كما يحصل فى النوبات غير الزهرية .

(٢) تظهر نوبات الصرع الزهرية متأخرة، وتكون عادة بعد سنّ الثلاثين .

(٣) ظهور عوارض مخية أخرى بين النوبات .

(٤) حصولها فى جهة واحدة مع عدم ضياع وعى المريض .

(٥) تأثرها بالعلاج الزهرى .

ويمكننا أن نقول إن الزهرى هو أقوى الأسباب فى حصول النوبات العصبية على حين فجأة فى شاب فى صحة ظاهرة جيدة . وهذه الحالات تتحسن بسرعة إذا أعطيت علاجا قويا ضدّ الزهرى .

عدم النطق (Aphasia) — هذا عارض للاصابة الزهرية يحصل عادة مع الشلل النصفى الأيمن ، وفى بعض الأحيان يشعر المريض بعدم القدرة على النطق فى فترات يحصل معها فى الوقت نفسه صعوبة الحركة فى الشق الأيمن . وفى بعض حالات نادرة يصحب عدم النطق شلل نصفى أيسر أو شلل سفلى أو جزئى، وتكون هذه بسبب حدوث التهابات زهرية فى نقط متعدّدة من المخ، وكذلك يعتبر من النادر حصول عدم النطق مع شلل اللسان . وتعلل تلك الإصابة المزدوجة بتأثير الزهرى فى مركزى : النطق والحركة للسان ، الواقعين فى اللفيف الثالث فى مقدّم الدماغ (Third frontal Convolution) .

العوارض المخية — فى الإصابة الزهرية المخية تطرأ على المريض بعض عوارض تشير إلى إصابة المخ، فمثلا من بين العوارض المبكرة : نسيان المريض للحوادث القريبة، وعدم القدرة على تركيز المخ فى عمل معين، وعدم ضبط العواطف بسبب زوال قوة التمييز، كما قد ينام المريض كثيرا . غير أن المعتاد حصول الأرق مع الشكوى من أحلام مزعجة، وقد تؤدّى هذه العوارض إلى الجنون .

وقد يطرأ على المريض دور أشبه شيء بالذهول، وهذا يشير إلى إصابة السحايا القاعدية للمخ بالزهرى . وفى حالات نادرة تطرأ على المريض غيبوبة تكون هى العارض الوحيد لإصابة المخ بالزهرى بشكل خطر .

فقدان الذاكرة (Amensia) — يفقد المريض المصاب بزهرى فى المخ ذاكرته فى فترات مختلفة، ويكون فقدان الذاكرة وقتيا ، ثم يشتد فتطول فترته ؛ وقد يكون فقدان الذاكرة كلى أو جزئى .

الهذيان — قد يصاب المريض بزهرى المخ بالهذيان، وهذه الظاهرة يجب أن تسترعى نظر الطبيب للحالة الزهرية المخية، وخصوصا إذا سبقها صداع مزمن أو رعشة فى عضلات الأطراف، أو عوارض زهرية جلدية .

الشلل — من أهم مظاهر زهرى المخ الشلل وهو نوعان :
(١) شلل أعصاب المخ . (٢) شلل نصفى .

الإصابة الزهرية لأعصاب المخ

عصب الشم (Olfactory nerve) — يصاب عصب الشم عقب الالتهاب السحائى لمقدم المخ، فيفقد المريض حاسة الشم بعضها أوكلها .

عصب البصر (Optic Nerve) — يصاب عصب البصر بالالتهاب الزهرى، وكذا يصاب مجمع العصب البصرى (Optic Chiasma) . والإصابة اذا حدثت مبكرة فى الإصابة الزهرية فهى غالبا تعقب التهاب السحايا القاعدى (Basal Meningitis) والإصابة عادة فى جهة واحدة، وقابلة للشفاء اذا عولجت مبكرة علاجا كافيا . واذا كانت الإصابة مزدوجة فى أدوار الزهرى المتأخرة، فهى إما دليل على وجود التهاب سحائى لمقدم المخ يصيب عصب الشم مع عصب البصر، أو دليل على وجود التهاب سحائى قاعدى شامل . وفى هذه الحالة نعثر على أعصاب أخرى مصابة بالشلل فى الوقت نفسه . وغنى عن البيان أن حالات التهاب عصب البصر اذا لم تعالج مبكرا فإنها تسبب ضمور عصب البصر .

وإذا فحصنا قعر العين بالمنظار نجد التهابا بعصب البصر وقرصا مختنقا (choked disc) . ومن الغريب أن المريض لا يشكو من ضعف أو قلة فى مدى البصر (field of Vision) قبل أن يصاب عصبه البصرى بالضمور .

وينقسم التهاب عصب البصر الى ابتدائى وثانوى ، ففى الالتهاب الابتدائى تلتهب أولا أجزاء العصب الواقعة وسط العصب ، وهذه الأجزاء هى التى تغذى أطراف الشبكية ، لذلك يسهل علينا أن نعلل السبب فى عدم شعور المريض بضعف فى مدى بصره قبل أن يصاب العصب بالضمور . وضمور عصب البصر الابتدائى هو أحد مظاهر الخراع .

أما الالتهاب الثانوى فهو فى الواقع التهاب حول عصب البصر (perineuritis) . ولما كانت أجزاء عصب البصر التى تصاب فى هذه الحالة هى الأفرع الخارجية ، وهى التى تتجه نحو البقعة الصفراء فى الشبكية (Macula Lutea) لذلك يتأثر النظر المركزى (Central Vision) أولا فى هذه الحال .

العصب الجمجمى الثالث (Oculomotor nerve) — نظرا لنظام التغذية الدموية فى هذا العصب ، لا يصاب سوى جزء من العصب بشلل عند حدوث نزيف دموى فى طريقه .

وإذا أصيب العصب الثالث بشلل كلى فى الاصابة الزهرية المبكرة فيكون الشلل غالبا نتيجة التهاب سحائى قاعدى (Basal Meningitis) . وفى هذه الحالة إما أن يصاب العصب الثالث وحده بالشلل ، أو يصحبه شلل فى عصب البصر ، أو فى العصب الرابع أو فى الخامس أو السادس أو السابع أو الثامن . فإذا أصيب العصب الثالث وحده أو مع العصب البصرى فقط فتكون الإصابة السحائية غالبا فى جهة واحدة . وفى مثل هذه الاصابة يسأل المريض عما اذا كان كثير التبول نتيجة لاصابة الغدة النخامية (Pituitary Body) بسبب الالتهاب السحائى .

أما اذا صحب التهاب العصب الثالث إصابة الأعصاب الأخرى السابقة الذكر فتكون الاصابة فى هذه الحالة فى الجهتين بسبب التهاب سحائى قاعدى مزمن .

ومن عوارض التهاب العصب الثالث استرخاء الجفن العلوى للعين (ptosis)، واتجاه مركز العين نحو الجهة الوحشية بسبب شلل العضلات الأنسية المحركة للعين، واتساع حدقة العين بسبب شلل العضلة العاصرة والعضلة الهدبية (Ciliary muscle).

العصب الرابع — من النادر أن يصاب هذا العصب وحده بشلل، بل يكون مصحوبا بشلل العصب الثالث.

العصب الخامس — هذا العصب نادر أن يصاب وحده كما هى الحالة فى العصب الرابع.

العصب السادس — يسبب شلل هذا العصب اتجاه العين للجهة الانسية كما يسبب ازدواج النظر. ويكون مركز الاصابة عادة فى العصب نفسه بعد خروجه من المخ، بسبب ورم صمغى فى محجر العين (Orbit) أو فى قاعدة الجمجمة. وقد تكون الاصابة داخل الانتفاخ النخاعى (Intrabulbar). وفى هذه الحال تكون الاصابة مصحوبة بشلل فى العصب السابع فى نفس الجهة، وبشلل نصفى فى الجهة المقابلة.

العصب السابع — يصاب الوجه بالشلل فى الأدوار الأولى من الزهرى، فاذا صحبه نزيف فى الشريان القاعدى (Basilar Artery) فتكون موضع الاصابة قنطرة المخ (pons). وقد يشكو المريض من طنين فى الأذن بسبب إصابة فرع العصب المغذى للعضلة الركابية فى الأذن (Stapedius muscle) والانذار حسن فى إصابة العصب السابع، ويتأثر بالعلاج الزهرى، ولو أنه لا يتأثر بنفس السرعة التى يتأثر بها العصبان: البصرى والثالث.

العصب الثامن — يصاب العصب الثامن فى الأدوار الأولى من الزهرى أكثر مما يصاب أى عصب آخر، وإصابته عادة نتيجة التهاب سحائى قاعدى. وهو يتأثر بالعلاج النوعى بسرعة. ولما كان العصب الثامن منقسما الى الجزء القوقعى (Cochlear) والجزء الدهليزى (Vestibular) لذلك يجب التمييز بين التهاب كل من الفرعين. والمعتاد أن تكون إصابة الجزء الدهليزى أكثر من إصابة

الجـزء القوقعى . فاذا حضر لنـا مريض وتحققنا من عدم إصابة أذنه الوسـطى (Middle ear) بمرض التهـابى ، ثم أخذ يشكو من الدوار وازدواج البصر والقىء، فهناك ما يبرر عمل التجارب الثلاث المعروفة، للتأكد من سلامة الجزء الدهليزى . وقد سبق أن ذكرت التجارب المذكورة عند بحث زهرى الأذن .

أما اضطرابات السمع التى تحدث بسبب إصابة الجزء القوقعى فهى عدم سمع النغمات العالية، وعدم سماع (أو قلة سماع) شوكة رنانة موضوعة على الجزء العظمى الحلمى (Mastoid) .

ومع أن طنين الأذن يحصـل فى كل حالة من حالات التهاب عصبى سمعى، إلا أنه لا يشـترط أن تكون الإصابة فى العصب الثامن نفسه ، بل من الجائز أن تكون الاصابة فى المخ، ولا سيما فى حالات تصلب الشرايين .

العصب التـاسـع ــ إصابته نادرة .

العصب الحادى عشر ــ اصابته نادرة .

العصب الثـانى عشر ــ يصاب هذا العصب فى حالات الشلل الانتفاخى الزهرى ، إما وحده أو مع العصب التاسـع والعاشر والحادى عشر . ومن النـادر إصابته مع العصب الثالث أو السابع .

زهرى العصب العاشر والعصب السمبثاوى

يصاب العصب العـاشر فى الشلل الانتفاخى، كما يصـاب العصب الحنجرى الراجع (Recurrent Laryngeal) فى حالات أنيورزم الأورطى،وزهرى المنصف الصدرى (Mediastinum) . ولكى نفهم العلاقة بين العصب العـاشر والعصب السمبثاوى ، يجب أن نعلم أن وظيفة العصب العاشر تنبيهية (Stimulative) ووظيفة العصب السمبثاوى مثبطة (Inhibitory) . وتظهر تلك المقارنة جيـدا فى حدقة العين . فاذا نبهنا العصب العـاشر تقلصت العضـلة القابضة للقزحيـة وانكمشت حدقة العين ، بخلاف تنبيه العصب السمبثاوى فانه يسبب اتساع الحـدقة .

وعلى ذلك فالحدقة المتقلصة إما أن تحـدث عن تنبيه العصب العـاشر فى العقدة العصبية الهدبية (Ciliary ganglion) أو عن شلل العصب السمبثاوى المغذى لها، وعلى العكس من ذلك فى حالات اتساع الحـدقة . وأهم حالة مرضية تظهر فيها أهميـة الظـاهرة السابقة هى مرض الخـراع (Tabes) فانه علاوة على عدم تأثر الحـدقة بالضوء من حيث الاتساع والضيق فى مرض التـابيز مع تكييفها للنظر (Reaction to accommodation) — وهو ما نسـميه حدقة أرجيل روبرتسن (Argyl Robertson pupil) — فاننـا نلاحظ فى حالات زهرية مبـكرة عدم انتظام حدقة العين . ولمـا كانت جدران الأمعاء محاطة بضفائر عصبية سهل علينا تعليل ازدواج اصابة العصب الثالث والتأثيرات المعدية (gastric crisis) .

وكذلك فى حالات التابيز تمتلئ المثـانة بالبول فتتنبه الأعصـاب السمبثاوية فتتمدّد المثانة .

ويذكر بعض الكتاب أن للغـدد الصماء علاقة بتنبيه الأعصاب السمبثاوية أو العصب العاشر . فنلاحظ مثلا أن الأدرنالين ينبه الأعصاب السمبثاوية ويخمد العصب العاشر (Vagus) وعلى ذلك يقلل إفراز البنكرياس والغدة الدرقية (thyroid) والأتروبين يشـل العصب العاشر (Vagus) . ومن هنا تأتى أهمية علاج التأثيرات المعدية فى التابيز . وقد استعمل البتوترين وخلاصة بعض الغدد الليمفاوية فى بعض مظاهر التابيز، فلمسنا فى استعمالها بعض بوادر النجاح .

ولمـا كان هذا الموضوع لايزال غامضا، مع كثرة بحث الأطباء فيه فى السنوات الأخيرة ، فلا يمكننا أن نزيد على أن أكثر بعض عوارض مرض التـابيز ينشأ إما عن تنبيه العصب السمبثاوى أو العصب العاشر (Vagus) ، وأن لإفرازات الغدد الصماء تأثيرا فى هذا التنبيه . ولمـا كان الأدرنالين منبها للعصب السمبثاوى، وكان المجهود العقلى أو التهيجى يرفع ضـغط الدم بسبب تنبيه الغدة فوق الكلية لإفراز الادرنالين، لذلك ينصح الطبيب المريض بالتابيز بعدم إجهاد المخ، وإلا حصلت له نوبات التأثير (Crisis) .

الشلل النصفى (Hemiplegia)

الشلل النصفى من أهم مظاهر زهرى المخ، وينشأ عادة عن التهاب الجدار المبطن للشريان المخى المتوسط (Middle cerebral artery) وتكوين كشط فيه . ومن النادر أن يكون منشؤه ضغط ورم صمغى . وتحصل الإصابة عادة مابين السنة السادسة والعاشرة من بدء الإصابة بالزهرى . وقد مرت علىّ حالات أصيب فيها المريض بالشلل النصفى بعد مضى أشهر معدودة من بدء الإصابة ، وكذلك رأيت حالات لأطفال فى السنة الأولى من عمرهم مصابين بزهرى وراثى، وكان مظهر الإصابة شللا نصفيا أو وجهيا .

والشلل الزهرى يحصل عادة على حين بغتة، ويصيب جزءا من الجسم مثل الذراع، ثم يمتدّ إلى الساق فى الجهة نفسها، ولا يفقد المريض معه إدراكه بسبب الإصابة ، ولا يفقد المريض إحساسه ، إلا أنه قد يحدث أن تكون الإصابة فى الثلث الخلفى من الصماد الباطنى المخى (Internal capsule) ، ففى هذه الحالة يزول الاحساس فى النصف المشلول من الجسم . وقد يصحب الشلل النصفى عوارض مخية، كما قد لا تصحبه . وإذا لم نتدارك الإصابة بالشلل كانت مقدّمة لحالة مخية مرضية . وقد يصاب المريض بشلل فى عضلات العينين . وفى الشلل النصفى الأيمن، يفقد المريض النطق (Aphasia)، وقد يفقد صوابه كذلك .

وقد يكون من سوء حظ المريض أن يصاب بشلل نصفى آخر فى الشق الثانى من الجسم، بعد مضى بضعة أسابيع أو أشهر من الإصابة الأولى ويكون سببها إصابة جديدة فى النصف الآخر من المخ . وتختلف الإصابة فى مظهرها باختلاف مدى التلف فى الشرايين المخية .

وقد يحدث أن تكون الإصابة فى سطح المخ الخارجى (Cerebral cortex) . وفى هذه الحالة يصاب المريض بشلل جزئى (Monoplegia) .

الالتهاب السحائي الزهري (Syphilitic Meningitis)

لا توجد فوارق من الوجهة الباثولوجيــة بين التهاب سحايا المخ والتهاب سحايا النخاع الشوكى ، غير أن الأطباء يفرقون بين الإصابتين من الوجهة الإكلينيكية ، نظرا لاختلاف العوارض فى الاصابتين .

تصاب السحايا بالالتهاب الزهرى فى الأدوار الأولى من الزهرى ، وفى كثــير من الحالات لا تظهر علامات للاصابة . وتحتاج بعض الحالات لكثير من العناية فى فحص المريض . ففى زهرى سحايا المخ يشكو المريض من صــداع وألم خلف الرقبة ، وفتور وأرق ، وبالفحص يتبين وجود تغيير فى حالة الانعكاسات والأعصاب المخيـــة .

وأكثر الأجزاء تعرضا للاصابة فى سحايا المخ هى القاعدة (Basal Meningitis) ولا سيما فى المسافة التى بين عنق المخ والمخيخ وشقوق سلفيوس (Sylvian fissures) حيث تكثر كمية السائل النخاعى . وكثيرا ما يصحب الالتهاب السحائى التهاب حول الشريان (periartritis) والتهاب فى الطبقة المبطنة لها (Endartritis) ويمتدّ الإلتهاب السحائى المخى إلى النخاع من أسفل فيصيب جذوع الأعصاب المخية والنخاعية .

ومن الوجهة الباثولوجية تظهر الأغشية متضخمة وذات لون سنجابى ، ويحيط بقاعدة المخ سائل لزج جيلاتينى .

أما فى حالات التهاب سحايا النخاع فتصاب جميع طبقات السحايا (العنكبوتية والأم الحنون والقاسية) ، هذا عدا سحايا المخ حيث تصاب الأم الحنون والعنكبوتية فقــط ، والإصابة لا تقتصر على الســحايا فقط بل تتعــدّاها إلى النخاع نفســه (Meningo - myelitis) بسبب إصابة الفاصــل الســحائى المتــداخل فى النخاع (Meningeal Septa) . وتمتــدّ الإصابة أيضا إلى جذوع الأعصاب النخاعيــة ولا سيما الجــذوع الخلفية (Posterior Roots) . والسبب المباشر لالتهاب النخاع هو انسداد فى الأوعية المغذية له (Endartritis) فينعم النخاع وتتكوّن الأغشية العصبية المسماة (Neuroglia) ويعقبها تصلب فى النخاع (Sclerosis) .

وأهم مايلفت نظرنا فى إصابات النخاع بالزهرى عدم انتظام الاصابة، وإصابة أجزاء متعددة متناثرة نتيجة إصابة الشرايين .

الالتهاب السحائى النخاعى (Meningo-myelitis) — هذه الإصابة تظهر عادة فى السطح الخلفى للنخاع أكثر من الأمامى ، وأكثر الأجزاء تعرضا للاصابة الجزء الظهرى المتوسط (Mid - dorsal Region)، ويعزى ذلك لقلة التغذية الدموية فى هذه الأجزاء، حيث تكون الشرايين الخلفية أصغر من الشرايين الأمامية، وتكون كذلك التغذية الدموية فى الجزء الظهرى المتوسط من النخاع أقل منها فى الأجزاء الأخرى .

العوارض — يشكو المريض من ألم فى الظهر يمتد منه الى الأطراف، وعدم تحمل ضغط الأصابع على الفقرات، وتصلب فى السلسلة الفقرية، وألم حول الجذع، وتغييرات فى وظائف أعصاب الحركة وأعصاب الاحساس وأعصاب التغذية (Trophic nerves).

فاذا كانت الإصابة فى الجزء العنقى من النخاع، يشعر المريض بضعف فى حركة الذراعين، أو فى الذراعين والساقين ؛ وإذا كانت الإصابة فى الجزء العنقى الأسفل والظهرى الأعلى فانها تؤثر فى الأعصاب السمبثاوية فتتقلص الحدقة ويزيد أو يقل أفراز غدد العرق (Sweat glands) . وإصابة الجزء الظهرى المتوسط والأسفل تسبب ضعفا فى حركة الأطراف السفلية ، مع ازدياد الحركة الانعكاسية للركبتين . وإصابة الجزء القطنى والعجزى تسبب سلس البول والبراز، وانعدام الانعكاسات السطحية والغائرة . وقد يصاب المريض فى بعض الحالات بشلل كلى (paraplegia) وعدم إحساس نصفى (crossed Haemanaesthesia) وهو مظهر من مظاهر سندروم برون سكوارد (Brown - Sequard Syndrome) .

وقد أشار الأستاذ هد (Head) الى أهمية الآلام العصبية والبقع المؤلمة التى تزول أو تزداد، وعدها كإحدى العلامات المبكرة لزهرى النخاع . وأكثر جذوع الأعصاب إصابة هى الأعصاب التى تخرج (afferent nerves) من أعضاء معرّضة

للاصابة الزهرية أكثر من غيرها، كما هى الحال فى الجذوع العصبية العنقية للعصبين الثانى والثالث التى لها اتصال باللوزتين، وجذوع الأعصاب الأربعة الظهرية (Thoracic) التى لها اتصال بالأورطى، وجذوع العصبين الظهرى السابع والقطنى الأول التى لها اتصال بالكبد والكليتين والغدتين فوق الكليتين والخصيتين، وجذوع الأعصاب الثانى والثالث والرابع العجزية التى لها علاقة بفتحة الشرج . وقد يكون وصول الاسبيروكيت الى جذوع الأعصاب النخاعية عن طريق القنوات الليمفاوية المصاحبة للأعصاب الواردة (afferent Nerves) .

التهاب النخاع الشوكى الزهرى (Syphilitic Myelitis)

الالتهاب الحادّ المستعرض للنخاع (acute Transverse Myelitis) — تبدأ الإصابة بألم شديد يظهر فجأة فى الجزء الظهرى القطنى للنخاع، يعقبه بأيام معدودة ظهور شلل تام للاطراف السفلى، مع فقد الاحساس فقدا كاملا . وفى بدء الإصابة يحتبس البول ثم يعقبه سلس البول والبراز . وإن كانت الإصابة فى الجزء القطنى فان انعكاس الركبتين ينعدم، وإن كانت فى الجزء الظهرى فان الانعكاسات تزداد فى الركبة، وتتكوّن فى ظهر المريض خراجات (Bed Sores) . وهذه الإصابة قد تنتهى بوفاة المريض، بسبب التهاب الكلية الناتج عن التهاب المثانة، أو بسبب إنهاك القوى وتكوين الخراجات فى الظهر، كما قد تنتهى الإصابة بالالتهاب النخاعى المزمن (chronic Myelitis) . وإذا فحصنا جثث المتوفين بالالتهاب النخاعى الحاد المستعرض نرى تغييرات وعائية وبقعا ناعمة من النخاع بسبب الجلطات الدموية وكثرة النزيف .

التهاب النخاع المزمن (Chronic Myelitis) — هذه الحالة تعدّ أهم مظهر للاصابة الزهرية للنخاع، وأهم أنواع الإصابة شلل إرب النصفى السفلى التشنجى . (Erb's syphilitic Spastic paraplegia)، وهى تأخذ مظهر شلل تشنجى تدريجى فى الأطراف السفلى، مع زيادة فى شدّة الانعكاسات العميقة، وتكون الزيادة عادة فى ناحية أكثر منها فى الأخرى .

وتتأثر المثانة، ولهذا فقد يصاب المريض باحتباس البول أو بسلس فيه، وتكون مشـية المريض متصلبة، ومع هـذا فلا يعقب ذلك تأثير كبير فى العضـلات . أما العوارض المختصة بالأعصاب الحسـية فهى خدر فى القدمين والساقين، يعقبه إما وجود بقع عديمة الاحساس شديدته . وهـذه العوارض المذكورة تأخذ وقتا طويلا فى ظهورها وتطوّرها، ويندر أن يكون الشلل التشنجى الذى يصيب المريض سببا فى ملازمته الفراش بسبب عدم قدرته على الحركة، بل على العكس فقد يكون من الممكن أن يوقف سير المرض إذا عولج فى مبـدئه . أما الحالات التى لا تعالج قبل إزمانها فهى فى الأكثر تنتهى بشلل مستديم لا يشفى منه المريض .

الإصابة من الوجهة الباثولوجية — يعتبر إرب (Erb) أن الإصابة تبـدأ بشكل استحالة فى الخلايا العصـبية الموجودة فى العمود الخلفى الوحشى (Postero - lateral Column) للجـزء الظهرى القطنى من العمود الفقرى، غير أن الأبحاث الحديثـة تميل الى الاعتقاد بأن الإصابة هى نتيجة التهـاب سحائى نخاعى (Meningo - myelitis).

حالات زهرى النخاع التى تشـابه حالات مرضـية أخرى — فى بعض الحالات تؤثر الإصابة الزهرية النخاعية أو السحائية النخاعية فى القـرون الأمامية للـمادّة السنجابية فى النخاع (anterior horn grey matter) فتسبب شللا وضمورا فى العضلات، فتشـبه الإصابة حالات التهاب المـادة السنجابية الأمامية (anterior poliomyelitis) وفى حالات أخرى تشبه العوارض حالة الشلل بسبب ضمور العضـلات التصلبى الوحشى (amyotrophic lateral sclerosis) أو ضمور العضلات التـدريجى (progressive muscular atrophy) . وضمور العضـلات المسبب عن الزهرى تصـحبه عادة اختلافات فى الحساسية، وشلل فى العضلات العاصرة، وتغييرات فى وظيفة العين، وهـذا ما يميزه عن أنواع الضمور العضـلى الأخـرى .

الالتهاب العصبي المحيطى (Peripheral neuritis) — التهاب الأعصاب الزهرى إما أن يصيب عصبا واحدا أو أعصابا متعددة ، ففى الحالة الأولى يكون موضع الإصابة عادة فى الجزء المتطرف من العصب ، وفى الحالة الثانية فقد تكون الإصابة فى الضفيرة العصبية نفسها أو فى جذور الأعصاب . والتهاب الأعصاب المحيطى — ويحصل فى دور الانتشار — يتسبب إما عن وجود الاسبيروكيتا نفسها فى الأغشية المحيطة بالعصب ، أو عن المواد التسممية (Toxins) الناتجة من وجود الاسبيروكيتا، حيث توجد فى العصب نفسه . وأكثر الأعصاب تعرّضا للاصابة الزهرية ، اذا استثنينا أعصاب المخ ، هو العصب الوركى (Sciatic nerve) . وقد تكون إصابة العصب المذكور ثانوية بسبب وجود ورم صمغى فى العضلات المحيطة به ،أو التهاب السمحاق المغطى للعظم الوركى . ويهمنا أن يلاحظ أنه فى حالة التهاب الأعصاب بسبب الزهرى يجب أن نشرع فى العلاج قبل أن يحدث تقلص الأغشية الليفية المتكوّنة تغيرا استحاليا فى بعض ألياف العصب ؛ أما إذا بدئ فى العلاج بعد حدوث تغييرات استحالية فى العصب ، بسبب وجود الألياف المحيطة به ، فان المريض لايشعر بتحسن فى حالته قبل مضى أسابيع على علاج نوعى شديد ، ومع ذلك فقد يشكو المريض من آلام مبرحة بعد انتهاء العلاج . ولما كان التهاب الأعصاب المحيطى الناشئ عن عوارض أخرى خلاف الزهرى يزداد سوءا اذا عولج بالمركبات الزرنيخية ، إذ تسبب الحقنة الثالثة مثلا من النيوسلفرسان ألما فى الأعصاب أكثر من الثانية ، وهو ما لا يحصل على هذه الشدّة فى الأحوال الزهرية ، لذلك يمكننا بهذه الطريقة تمييز إصابات التهاب الأعصاب الزهرية عن غيرها .

وفى العصب الوركى تصاب الألياف العصبية الناقلة للاحساس فى الإصابات الزهرية أكثر مما تصاب الألياف المحرّكة فى العصب نفسه ، فاذا فحصنا مريضا وحدث أن كانت فيه الألياف المحرّكة للعصب الوركى مصابة وحدها ، ففى الغالب يكون موضع الإصابة الضفيرة العصبية ، وإن كانت الإصابة فى بعض ألياف محرّكة مثل العصب الشظوى (peroneal nerve) جاز أن يكون موضع الإصابة بالمخ .

والضفيرة العصبية كثيرة الإصابة بالالتهاب الزهرى ، وتكون الإصابة عادة فى جهة واحدة من الجسم ، فان كانت مزدوجة فموضع الإصابة يكون فى جذوع الضفيرة بسبب الالتهاب السحائى . والعلاج النوعى بحقن (٩١٤) والمركبات اليودية والكبريتية تفيد كثيرا فى حالات التهاب الضفائر العصبية بسبب الزهرى ، كما تفيد فى حالات التهاب جذوع الأعصاب الأخرى .

اختلاج الحركة (التابيز) والشلل العام للمجانين

(Tabes Dorsalis & G. P. I.)

اتفق جميع الأساتذة مثل فرنيير (Fournier) ومت (Mott) على أن التابيز والشلل العام للمجانين هى إصابة واحدة من الوجهة الباثولوجية : الأولى تصيب العمود الشوكى ، والثانية تصيب المخ ؛ وكلاهما يتسبب عن الزهرى ، ويظهران بعد مضى وقت متساو تقريبا على مبدأ الإصابة . وقد سمى "مكدونا" الشلل العام باسم التهاب المخ الاستحالى (Degenerative Encephalitis) واختلاج الحركة (التابيز) باسم التهاب النخاع الاستحالى (Degenerative Myelitis) واقترح فرير (Ferrier) تسمية شلل المجانين العام تابيز المخ (Cerebral Tabes) لمقارنتها بالتابيز العادية (Spinal Tabes) .

اختلاج الحركة أو انخراع أو التابيز

كان لفورنير (Fournier) الفضل الأول فى الوصول الى أن الزهرى يسبب التابيز ، وكان ذلك سنة ١٨٧٥ ، ويصاب المريض بالتابيز عادة بين سنّ الثلاثين والأربعين ، والرجال أكثر عرضة للإصابة من النساء ، وهو يختلف من هذه الوجهة عند التابيز المبكر (Juvenile Tabes) الذى يصاب فيه الجنسان على حدّ سواء . وهناك أسباب تساعد على حصول الإصابة بالتابيز منها : الإجهاد الجنسى ، والمجهود العقلى والجسمانى الشديد فى مريض مصاب بالزهرى . وأعصاب الحساسية (Sensory nerves) الحافظة لتوازن الحركة هى الأكثر تعرضا لهذا المجهود

فيختل عملها . ولما كان العمود الخلفى (Posterior Colmnn) للنخاع أحد مواقع الإصابة ، فنحن نتساءل عن السبب فى تعرّض العمود المذكور لذلك ، والإجابة على هذا السؤال سهلة اذا علمنا أن الأوعية الدموية المغذية للعمود المذكور هى أوعية نهائية (End - arteries) فهى لاتتصل ببعضها ، فاذا حصل انسداد لأحدها انقطعت التغذية الدموية للجزء المصاب ، وكذلك للسحايا اتصال وثيق بالعمود الخلفى بواسطة الفاصل السحائى الخلفى (Posterior Septum) ويمكن للاسبيروكيتا الوصول للعمود المذكور عن هذا الفاصل ولا سيما فى حالة التهابه (Meningitis) . ويلاحظ كذلك وجود أغطية سحائية كاملة لجذوع الأعصاب الخلفية فتلتهب الأخيرة تبعا لالتهاب الغطاء السحائى .

باثولوجيا المرض :

ما نراه بالعين المجرّدة — فى حالات الإصابة المتقدّمة تظهر لنا جذوع الأعصاب الخلفية للجزء الظهرى العنقى السفلى فى شكل ضامر ذات لون سنجابى ، ونلاحظ تضخما فى الأغشية العنكبوتية والأم الحنون الملاصقتين للسطح الخلفى من النخاع ؛ أما السطح الأمامى منه فلا يظهر عليه تغيير ، وإذا أجرينا قطاعا فى النخاع نلاحظ ضمورا فى العمود الخلفى وفى الجذوع العصبية الخلفية .

ما نراه تحت المجهر — يظهر فى القطاع تحت الميكرسكوب أدوار مختلفة من حالة استحالية فى الجذوع الخلفية ، ولا تظهر على الشرايين تغييرات التهابية ، غير أننا نصادف حالات يظهر فيها تصلب الشرايين ، وقد نعثر على الاسبيروكيتا بالليدا فى القطاع .

وقد اتفق الأساتذة الآن على أن التابيز يعقب إصابة السحايا الالتهابية فى جذوع الأعصاب الخلفية والعمود الخلفى للنخاع ، فتتقلص الأغشية الليفية المحيطة بالجذوع الخلفية نتيجة الالتهاب المذكور ، وتحدث ضمورا فى الجذوع الخلفية .

العوارض والعلامات — أهم عوارض وعلامات التابيز هى : (١) آلام قاطعة فى الأطراف (Lightning Pains) والغمرات (Crises) . (٢) تغييرات

فى الانعكاسات . (٣) اختلاج الحركة مع الاحتفاظ بالقوة العضلية . وعدم قدرة المريض على الوقوف وقدماه متلاصقتان وعيناه مغلقتان (علامة رمبرج Romberg's Sign) وعدم قدرة المريض على الوقوف والدوران بغتة وهو فى حالة السير . وعدم تأثر الحدقة بالضوء مع حفظ قوة الموافقة للنظر (Argyl Robertson pupil) . وشكوى المريض من عوارض مثانية وتغيرات غذائية (Trophic Disturbances) ، وإذا فحصنا الدم لوسرمان وجدناه إيجابيا فى نحو ٩٠ ٪ من الحالات . وفى السائل النخاعى فى نحو ٧٠ ٪ منها . وتحدث زيادة فى الخلايا الليمفاوية وفى كمية الجلوبيولين ، غير أنه لا يكون بدرجة كبيرة ، كما يحدث فى الشلل العام للجانين . وسنتكلم باسهاب عن كل من العوارض والعلامات على حدة .

١ — (١) الآلام القاطعة فى الأطراف (Lightning Pains) — هذه الآلام تظهر مبكرة وهى كثيرة الحصول فى التابيز ، وتعتبر أكثر حصولا من اختلاج الحركة . وقد يخطئ الطبيب فى اعتبار هذه الآلام روماتزمية الأصل ، فهى تتميز بأنها وقتية وبأنها تعاود المريض فى نفس المكان ، ويمكن وصفها بأنها آلام وخزية أو قطعية ، وقد تكون سطحية أو غائرة ، وعلاوة على حصول الآلام القاطعة فى الأطراف قد تنتاب المصاب آلام أخرى عادية ، خصوصا فى جهة المعدة ، ثم تنتشر الى الظهر ، فيظنها الطبيب عوارض مغص كلوى أو ألم عصبى بين الأضلاع (Intercostal neuralgia) . وقد يشكو المصاب من ألم فى أنحاء العصب الوركى (Sciatic nerve) ، وقد يعزى فى هذه الحالة الى التهاب العصب (neuritis) ، كما قد يشكو من ألم فى باطن الساق أو القدم . وفى بعض الحالات قد يكون مظهر الألم خدرا فى الجزء المصاب ، ويستمر مدة قد تصل الى بضعة أسابيع أو أشهر .

(ب) الأزمات (Crises) — أهم الأزمات التى تنتاب المصاب بالتابيز هى الأزمة المعدية (gastric crisis) ، وهذه تأخذ مظهر قىء يصعب التغلب عليه ولا علاقة له بالطعام . وهى تتسبب عن تنبيه الجذوع الخلفية الظهرية

(posterior thoracic roots) التى تحتوى على أفرع عصبية واردة من الأحشاء . والأزمات المعدية من السهل خلطها باصابات أخرى ، مثل انسداد المصارين (Intestinal Obstruction) أو تقرح بالمعدة ، أو التهاب الزائدة الدودية . وقد عملت عمليات فتح بطن خطأ بسبب عدم الدقة فى التشخيص الأولى .

ومن الأزمات الأخرى التى تنتاب المريض الأزمة الحنجرية (Laryngeal Crisis) حيث يشعر المريض بضيق فى التنفس ونوبات من السعال ، واذا حصل شلل فى العضلات المبعدة للحنجرة (abductors) فيصعب على المريض التنفس بالكلية وفى حالات نادرة قد يسبب ذلك الوفاة للمريض .

٢ — تغييرات فى الانعكاسات :

زوال انعكاس الركبة (Loss of Knee Jerk) — يزول انعكاس الركبة بسبب زوال أعصاب الاحساس فى العضلات المحركة للركبة ، وهى فى الواقع ظاهرة تفسر زوال حساسية العضلات . ويزول انعكاس الركبة مبكرا قبل حدوث اختلاج الحركة (ataxia) . والانعكاسات الأخرى التى تزول مبكرا فى غير الركبة هى انعكاس الكعب (Ankle Reflex) . وكما ذكرنا الانعكاس التأثيرى للضوء (Light Reflex) حيث يزول مبكرا . ويزول كذلك فى بدء الإصابة الانعكاس البصرى القلبى (oculocardiac reflex) ، وهو يتلخص فى عدم ظهور بطء فى النبض عند الضغط على العينين المقفلتين .

٣ — اختلاج الحركة (ataxia) — سبب اختلاج الحركة عدم وصول التنبيهات الحساسية من العضلات والأربطة والمفاصل الى المخ ، ويختل توازن المريض بشكل ظاهر عند إقفال العينين . ومن أهم ما يلفت نظرنا فى حركات المصاب : إجهاد المريض لعضلاته أكثر من المعتاد ، حيث تسقط قدماه على الأرض بشدة عند السير ، كما يفرق ساقيه أكثر من المعتاد . كل ذلك بسبب فقدان حساسية العضلات ، وقد يكون نتيجة ذلك ارتخاء الأربطة لتمددها ، فتسبب للمريض

عاهات مثـل التواء الركبة . ويحسن بالطبيب أن يشير باستحضار مدرّب رياضى ليدرّب المريض على حركات خاصة تمنع حصول مضاعفات له ، وهذا أفيد بكثير من مجرّد إعطاء المريض علاجا نوعيا . ومما يجب ذكره أن اختلاج الحركة ولو أنها أحد العوارض المهمة للتابيز، إلا أنه لا يشـترط وجودها فى بعض حالات من هذه الإصابة .

حدقة أرجيل روبرتسن (Argyl Robertson pupil) — فى هـذه الظاهرة لا تتأثر الحدقة بالضوء من حيث الانقباض والاتساع مع بقاء القدرة على تركيز البصر نحو المرئيـات (Convergence) ، وكـذا بقاء قوة تكييف النظر (power of accommodation) . وهـذه الظاهرة تعتبر أهم وأوّل علامة لوجود مرض التابيز، كما تستمر طول إصابة المريض به، وتظهر مبكرة فى الإصابة . ويجب ملاحظة أن هذه الظاهرة يجوز ظهورها فى بعض حالات من الشلل العام للجانين .

زوال إحساس المريض من بعض بقع جلدية — يزول إحساس المريض فى الجزء الزندى من الساقين، وكذا يزول إحساس المريض الجلدى فى الدائرة المحيطة بالضلع الثانى، وكذا قد يزول إحساس الأنف والجبهة؛ وقد يشعر المريض بخدر بحيث اذا سار على أرض حجرية لا يتألم مطلقا، بل يشعر كأنه سائر على أرض ملساء مع خدر خفيف .

تغييرات غذائية (Trophic changes) — تنقسم التغييرات الغذائية التى تحصل فى الاصابة بالتابيز إلى الأقسام الآتية :

(١) القرحة الثاقبة (perforating ulcer) — وتحصل فى بطن القدم وفى أى جزء منه بسبب الضغط عليه دون أن يشعر المريض .

(٢) مفصل تشاركوت (charcot's Disease) — ويصيب أى مفصل وعلى الأخص الركبتين والقدمين والوركين . والإصابة إما فردية أو متعدّدة . وكما سبق من وصف الحالة الإكلينيكية لمفصل تشاركوت يصبح المفصل متورّما وبه سائل مائى، ويسهل تحريكه فى اتجاهات متعدّدة دون أن يشعر المريض بألم .

(٣) الكسور — تكثر الكسور فى عظام المصاب بالتابيز لأقل إصابة ، أو بسبب شدّ إحدى الأربطة بفجأة بشدّة ، وقد يسبق الكسر التهاب العظمة المصابة بالزهرى (Osteitis) . ومن أمثلة العظام التى تصاب بكسر بسبب قوة شدّ الأربطة عظمة الرضفة (patella) أو عظمة الكعب . ومن السهل التحام الجزء المكسور ، غير أنه يصحب الالتحام ظهور تضخم عظمى حديث (Callus) . وتختلف هذه الكسور عن الكسور المعتادة بعدم شعور المريض بألم يذكر .

(٤) مظاهر أخرى — ومنها الداحوس غير المؤلم (painless Whitlow) ومنها الهربيز المنطق (Herpes Zoster) والبهق (Leucodermia) . والأخيران يتسببان فى هذه الإصابة عن التهاب العقد العصبية المتصلة بالجذوع الخلفية للأعصاب (Posterior root ganglia) .



قرحة نقابة فى قدم مريض مصاب بالتابيز (الحراع)
(للمؤلف)

الشلل العام للمجانين

General Paralysis of the Insane (G. P. I.)

يرجع الفضل إلى "فرنير" فى اكتشاف علاقة الزهرى بالشلل العام للمجانين وقد تبينت له هذه العلاقة لأسباب عدّة ، منها : (١) المرضى المصابون بالشلل العام للمجانين يكونون قد أصيبوا قبل ذلك بالزهرى . (٢) نسبة الإصابة بالزهرى فى هؤلاء المرضى أكثر منها فى أى إصابة من الأمراض العقلية الأخرى . (٣) وجود نوع مبكر من شلل المجانين فى الأطفال المصابين بالزهرى الوراثى .

(٤) عدم ظهور عوارض زهرية فى المرضى المصابين بشلل المجانين العام اذا لقحوا بالاسبيروكيتا . (٥) نتيجة الدم لوسرمان إيجابيــة فى نحو (٩٨ ./.) من حالات الإصابة بشلل المجـانين . (٦) عثور كثـير من الباحثين على الاسبيروكيتا فى مخ المرضى المصابين .

ولو أنه من المعترف به أن الزهرى سبب الإصابة بالشلل العام للمجانين إلا أنه توجد عوامل أخرى مساعدة ومهيئة لحدوث الإصابة ، لأنه كما لا يخفى ليس من الضرورى أن تنتهى الإصابة الزهرية فى كل مريض بالشلل العـام للمجانين . وقد استمر هذا البحث موضع عناية المؤلفين فترة طويلة . وقد ذكرت رأيى الخـاص فى البحث فى موضـوع إصابات زهرى الأعصاب فى مصر . ويمكن أن يقال إن العوامل المساعدة هى الإجهاد الفكرى الشديد ، والإدمان على المسكرات ، والتعرّض لصدمات مخية شــديدة كالتعرّض لدوى القنابل وفعــل المفرقعات وما شابهها . أما ما سبق الاعتقاد به من أن بعض المرضى يصابون بالشلل العـام للمجانين ، بسبب إصابتهم بحلزونيات زهرية لها ميل خاص للمخ ، فقد تبين أنه غير صحيح ، كما تبين أن الاعتقاد السائد بأن العلاج بالمركبات الزرنيخية يساعد على حدوث إصابات مخية سريعة ، غير صحيح أيضا . ويمكن أن أشير الى أن الإصابة بالملاريا فى بلادنا ربما كانت إحدى الأسباب المقللة لإصابات الشلل العـام للمجانين أو التابيز ، لأنه ممـا لا شك فيه أن الإصابة بالملاريا تشفى كثيرا من مرض الشلل العام للمجانين . وربمـا تيسر لنا من أبحاثنا فى المســتقبل القريب الوصول إلى نتيجة حاسمــة من حيث علاقة الملاريا فى مصر باصابات الشلل العام للمجانين .

موضع الإصابة — يصاب المريض بالشلل العام للمجانين عادة بعد عشر ســنوات من بدء الاصابة بالزهرى . وقد حصلت الاصابة فى حالات نادرة بعد أربع سنوات تقريبا من بدء الاصابة ، وعادة تحدث الاصابة بهذا النوع من الشلل بعد أن يمضى على الاصابة الزهرية مدّة لاتقل عن ثمان سنين ولا تزيد على اثنتى عشرة سنة .

باثولوجيا الإصابة

ما نراه بالعين المجرّدة — تظهر الأم القاسية (Dura Mater) متضخمة ومتلاصقة، كما يظهر مقدم المخ ضامرا، وتتضخم العنكبوتية والأم الحنون، كما تزداد كمية السائل النخاعى، و يظهر البطينان الوحشيان (Lateral Ventricles) منتفخين، ونرى بطانة بطينات الدماغ (Ependyma of Ventricles) متضخمة ومحببة السطح. ويعتبر التحبب السطحى المذكور (وهو أكثر ما نراه واضحا فى البطين الرابع) من العلامات الهامة للاصابة بالشلل العام للمجانين، وربما كان ناتجا عن الفعل التهيجى المستمر للمواد التسممية (Toxins) الموجودة بكثرة فى السائل النخاعى.

وإذا رفعنا الأغشية السحائية عن سطح المخ تمزق بعض أجزاء من المخ فى المواضع المتلاصقة بالأغشية السحائية.

ما نراه تحت المجهر — اذا عملنا قطاعا فى المخ للفحص الميكرسكوبى نرى تجمع الخلايا الليمفاوية والدموية (Plasma cells) حول الأوعية الدموية، وقلة من حيث العدد وضمورا فى الحجم فى الخلايا الهرمية (Pyramidal cells) فى الجوهر القشرى للمخ (Cortex).

وتختلف الحالة المرضية فى شلل المجانين عن حالات زهرى المخ الأخرى فى عدم وجود التهاب فى الطبقة المبطنة للأوعية (Endartritis) وفى ضمور الجوهر القشرى للمخ، خصوصا القسم المقدمى الجانبى، وفى وجود سطح حبيبى بجدران بطينات المخ (Ventricles).

واذا فحصنا قطاعات متعدّدة لمخ المرضى المصابين بالشلل العام للمجانين يمكننا أن نعثر على الاسبيروكيتا باليدا فى نحو (٤٠٪) من الحالات، خصوصا اذا استعملنا طريقة الإنارة السمراء (Dark ground illumination) أو طريقة فتانا (fontana Stain). ومما يحسن ذكره أن أساتذة الباثولوجيا لم يعثروا فى حالات الشلل العام على الاسبيروكيتا فى الخصيتين؛ وعليه فلا يبعد أن يكون السائل المنوى فى هؤلاء المرضى غير ناقل لعدوى الزهرى الى ذرّيتهم. ويجب ألا يعزب

عن البال أن الإصابة فى حالة الشلل العام للمجانين هى التهاب حشوى مزمن بالمخ (chronic Parenchymatous encephalitis) بخلاف حالات زهرى السحايا فهى التهاب خللى مزمن بالمخ (chronic interstitial encephalitis) .

العوارض المقدّمة للمرض (Prodromal symptoms) — قد لا توجد عوارض تلفت نظر المريض وأصدقاءه لحالتــه ، ولكن تظهر عادة على المريض عوارض شــدّة التهيج (irritability) وخاصة مع أقرب الناس اليه ، ويبــدأ بفقد قوة تركيز التفكير نحو عمــل خاص ، و يظهر عليــه عوارض عدم الاهتمام ، وقد يشكو من الأرق .

عوارض المرض :

(١) بلاهة (Dementia) تدريجية تأخذ فى الزيادة وتظهر فى أعماله العقلية وفى أخلاقه العادية ، يصحبها عادة هذيان العظمة (grandiose Delusions) العقلية واستحسان كل شيء (exaltation) ؛ وفى حالات قليــلة تستبدل هــذه العوارض بالحزن (Depression) أو بالميــل الى الاعتقاد باضطهاد النــاس له ، أعنى الهذيان الاضطهادى (Delusions of persecution) .

(٢) فقد قوة توازن التفكير المخية ، بمعنى أن المريض رغم حاله المرضية يعتقد أنه سليم وحاله عادية .

(٣) رعشات فى اليدين تظهر عند الكتابة ، وكذا رعشات فى اللسان فيصبح النطق متقطعا ومتذبذبا (Tremulous and Slurred) .

(٤) عدم انتظام فتحة الحدقة واختلاف الفتحتين فى الحجم ، ووجود ظاهرة أرجيل روبرتسن (Argyl Robertson pupil) فى الحدقة .

(٥) زيادة فى حساســية انعكاس الركبتين واختفاء علامة بابنسكى (Absence of Babiniski Sign) .

التشخيص النوعى — من الجائز أن تختلط عوارض مرض شلل المجانين بأمراض عصبية أخرى، وخصوصا إذا كان المريض فى الابتداء . وهذه الأمراض هى :

(١) الشلل العام الكاذب (pseudo general paralysis) — هذا المرض يتسبب عن زهرى الأوعية الدموية (cerebral endartritis) وزهرى الأغشية (gummatous Meningitis) فهو إصابة خلالية (interstitial) بينما الشلل العام للمجانين إصابة حشوية (Parenchymatous) .

أما العلامات المرضية ففى الشلل الكاذب يشعر المريض بصداع مستمر وتألم عند الضغط الشديد على الرأس، وهذا ما لا يحصل فى الشلل العام للجانين .

(٢) الادمان على المسكرات (chronic Alcoholism) — تختلف حاله انحطاط المخ فى الادمان على المسكرات عنها فى الشلل العام للمجانين، فى كونها تظهر جليا فى الجزء الخلفى للمصاب أكثر من ظهورها فى قوة التفكير . وتمتاز حالة المدمن على المسكرات باعتقاده رؤية مرئيات لاوجود لها (Hallucinations of Vision) .

(٣) النيورستانيا (Neurasthenia) — تختلف هذه الحالة عن حالة شلل المجانين بعدم ظهور أى عوارض مرضية فى السائل النخاعى، مثل زيادة الخلايا الليمفاوية، وظهور نتيجة السائل النخاعى سلبية اوسرمان .

الزهرى ومدى إصابة الذرية به

يختلف الزهرى فى بعض مظاهره فى النساء عنه فى الرجال، وتكون أهم هذه الاختلافات فى الأدوار الأخيرة ،حيث لا يأخذ المرض نفس المظاهر الشديدة الوطأة كما هى الحال فى الرجال . أما فى الدور الابتدائى فلا تتميز القرحة فى النساء عنها فى الرجال . والطفح الثانوى متشابه المظاهر فى النوعين . أما الأورام الصمغية وزهرى الأوعية ومظاهر الزهرى العصبى المتأخرة فهذه نادرة نسبيا فى النساء، كما أن مظاهرها أخف منها فى الرجال .

أما فى الحمل فتتوقف نتيجته فى المرأة المصابة بالزهرى بحسب الأحوال الآتية : (١) موعد إصابتها بالزهرى وقت الحمل . (٢) تاريخ إصابتها بالزهرى قبل الحمل . (٣) مقدار علاج الزهرى السابق عمله لها .

فكلما كانت الاصابة حديثة بالنسبة للحمل كانت وطأة المرض شديدة على الجنين، وخصوصا اذا لم تعالج الأم . واذا أصيبت المرأة بالزهرى وقت حملها أو قبله بقليل ففى الغالب ينتهى الحمل بالإجهاض، وموت الأجنة يحدث عادة فى داخل الرحم، وتكون الوفاة بسبب زهرى المشيمة (endartritis obliterans) فلا تصل التغذية الدموية الكافية للجنين . وقد تكون إصابة المشيمة جزئية، وفى هذه الحالة يجوز أن يولد الطفل ضعيف البنية بسبب عدم كفاية غذائه داخل الرحم .

أما أسباب عدم شدّة وطأة الإصابة الزهرية فى النساء ولا سيما فى الحوامل، فهناك نظريات عديدة لتعليل ذلك، وأكثر هذه النظريات شيوعا النظرية المنسوبة الى "روث" فهو يعتقد فى وجود مواد زلالية كوريونية (chorionic protein ferments) تخرجها المشيمة، وهذه المواد لها تأثير فعال على الاسبيروكيتا، كما يعتقد أن هذه المواد تمنع نمو الاسبيروكيتا من جديد ما دامت هذه المواد موجودة فى دم الحامل؛ فاذا انعدم إفراز هذه المواد بانتهاء الحمل انتعشت الاسبيروكيتا ونمت من جديد . وهذه النظرية تتفق مع نتائج تحليل الدم المختلفة التى نحصل عليها من حامل مصابة بالزهرى، حيث تظهر النتيجة مرة إيجابية وأخرى سلبية، مع عدم تقدّم المريضة للعلاج، كما يمكن أن نعلل ولادة طفل سليم من عوارض الزهرى الظاهرية بينما قد يكون له إخوة ولدوا قبله أو بعده وعليهم عوارض زهرية شديدة .

ففى حالة إصابة المرأة الحامل بالزهرى فى خلال الأيام الأولى من الحمل تكون النتيجة غالبا الإجهاض ، وربما وضعت فى الحمل الذى يتبعه طفلا مستوفيا مدّة الحمل، ولكنه لا يعيش سوى بضعة أيام ، وفى الحمل الثالث قد تضع طفلا تظهر عليه عوارض الزهرى الوراثى مبكرة، والحمل الرابع لا تظهر على الطفل العوارض

الزهرية إلا بعد مضى بضع سنوات وهكذا، بمعنى أن العدوى الزهرية تفقد شدّتها، وتصبح الاسبيروكيتا أقل نشاطا كلما تقادم عهد الإصابة .

ولقد اهتمت الدوائر العلميــة الانجليزية والأمريكية فى السنتين الأخيرتين (١٩٣٣ و ١٩٣٤) ببحث مدى نشاط الاسبيروكيتا، والى أى بطن من الذرارى يمكن أن تؤثر، وكان للدكتور نوبارو (Nobarro) بانجلترا بحث مستفيض نشره فى المجلة الانجليزية للأمراض الزهرية فى عدد يونيه سنة ١٩٣٣، وقرظته الدوائر العلمية الانجليزية فى نفس العدد وفى أعداد تالية له . ومن هــذا البحث يتبين أن الزهرى يستمر فعله لثالث بطن وبعــد ذلك تفقد الاسبيروكيتا قوتها وتصبح غير قادرة على نقل العدوى للذرّية الرابعة . على أن هذا البحث لم يخل من انتقادات عدّة نخص منها ما ذكره كثير من الأساتذة عن البطن الثالث وعدم وضوح مظاهر الإصابة بدرجة كافية فيــه، واعتبار انتقــال الاسبيروكيتا بشــكل فعال الى البطن الثالث أمر مشكوك فيه . أما البطن الرابع فلا يمكن أن تنتقل اليه نفس العدوى الزهرية المتوارثة عن الذرّيات السابقة .

ولقد بحثت أنا بنفسى هذا الموضوع، حيث لخصت به نوعا من الحــالات وأمكننى فى كل منها أن أتتبع الإصابة الى البطن الثــالث، وكان ذلك فى إحدى عيادات الأمراض الزهرية، فتبين لى أن البطن الثالث وجد خاليا من الزهرى من الوجهــة الاكلينيكية والتحليلية فى خمس حالات، أما فى الخمس عشرة حالة الباقية فوجدتها مصابة بالزهرى . على أن هناك صعوبة فى التأكد من أن الاصابة فى جميع هذه الحالات الخمس عشرة فى البطن الثالث هى عن طريق الوراثة، إذ من الجائز أن تكون العدوى فى بعض الحالات مكتسبة (هذا رغم العناية فى الفحص والتحرى الدقيق فى هذه الحالات التى أجريت البحث عليها واعتبرت إصابتها وراثية) .

من ذلك يمكننا أن نســتخلص أن الزهرى ينتقل للذرّية الثالثة مع جواز عدم ظهور عوارض كافية تبرر ذلك فى بعض الإصابات . وربما كان هــذا الموضوع

يتعلق بقوة الاسبيروكيتا ودرجة نشاطها ، واختلاف ذلك فى بعض الاصابات عنه فى البعض الآخر .

أما موضوع علاج الحوامل المصابات بالزهرى فيجب أن نعرف تماما أنهن فى أشدّ ما يكن من الحاجة لعلاج نوعى قوى مستمر لمدة تتفاوت بين السنتين والثلاث سنوات . وتذهب بعض الدوائر العلمية الى الاعتقاد بأن المرأة المصابة بالزهرى يجب أن تأخذ علاجا لمدة تتراوح بين الخمس والعشر سنوات خوفا من انتقال العدوى الى أطفالها ، كما يصح رغم هذا العلاج الشديد ، أن تعالج على الأقل دورة علاج كاملة عند كل حمل . وغنى عن البيان أن المرأة التى يتبين أنها مصابة بالزهرى ، وأنها عولجت مرة ثم اختفت العوارض ، أو أصبح دمها سلبيا ، لا يصح بحال من الأحوال أن تتساهل اعتمادا على نتائج الدم التحليلية ، بل عليها أن تتبع أوامر الطبيب المعالج الذى ينصح دائما باستمرار علاجها مدة الفتره التى ذكرتها ، وهى ما بين سنتين وثلاث على أقل تقدير ، مع وجوب علاجها خلال كل حمل طول حياتها . وإنى أرى مع الأسف الشديد أن المرضى من النساء يتأثرن بنتائج الدم ويعوّلن عليها فى العلاج ، فلا يتقدّمن للعلاج إذا ظهر لهنّ أن الدم سلبى ، ولو كان ذلك بعد بضعة أشهر من علاج دور واحد . وأنصح لحضرات الزملاء بأن يشدّدوا على مرضاهم بوجوب أخذ علاج كامل وإلا انتقل الزهرى لا محالة الى ذراريهنّ ، مع جواز ظهور العوارض فيهن بشكل شديد ، مثل الإصابة بزهرى الأعصاب ، فيحدث منه الشلل أو التابيز أو الشلل العام للمجانين .

الزهرى الوراثى

تنتقل عدوى الزهرى الى الجنين غالبا عن طريق الأم ، وقد تنتقل عن طريق الأب أو عنهما معا . وفى هذه الحالة الأخيرة تكون مظاهر المرض أكثر ظهورا منها فى العدوى المنفردة بسبب شدّة الإصابة ونشاط الإسبيروكيتا وقوة فعلها . فان كانت الإصابة عن طريق الأب فان العدوى تنتقل للجنين عن أحد

طريقين : (الأول) بواسطة الحيوانات المنوية (وهى تحمل الاسبيروكيتا) وهى فى دور تلقيح البويضة، فتتكون بويضة ملقحة تعيش فيها الاسبيروكيتا . (والثانى) انتقال الإصابة للجنين وهو فى الرحم عن طريق السائل المنوى الناقل للاسبيروكيتا . وهذا الأخير يختلف فى مظاهره ، إلا أن عثور الباثولوجيين على الاسبيروكيتا بكثرة فى الجزء الجنينى من المشيمة مما لا يدع لهم مجالا للشك .

أما إن كانت الإصابة عن طريق الأم — وهو الأكثر حصولا بسبب الحمل المتكرر فإذا أصيبت مرة أصبحت بؤرة تنتقل العدوى لأجنتها فى المستقبل — فإنها تنتقل للجنين بإحدى طريقتين : (الأولى) عن طريق حويصلات جراف (Graffian follicles) . (والثانية) عن طريق الدورة الدموية بواسطة المشيمة عند نمو الطفل فى الرحم .

قانون كوليس فى الزهرى الوراثى (Colle's Law) — اذا وضعت امرأة لا تظهر عليها علامات زهرى واضحة طفلا مصابا بزهرى وراثى، فإن هذه الأم يمكنها أن ترضع طفلها دون أن تصاب بعدوى زهرية من طفلها، وهذا يدل على أن المريضة المصابة بزهرى — ولو كان هذا الزهرى كمينا — لا تصاب بعدوى جديدة .

علاقة زهرى الأم بزهرى أطفالها فى أدوار الحمل المختلفة

اذا أصيبت الأم بالزهرى وهى حامل — لغاية الشهر الخامس — فإن الإصابة تنتقل الى الجنين، وإذا أصيبت بالزهرى فى الشهر الخامس أو السادس، فقد تنتقل الإصابة الى الجنين، وقد لا تنتقل (النسبة نحو ٥٠٪) . أما اذا أصيبت الأم بالزهرى بعد الشهر السادس من حملها، فالعدوى لا تنتقل الى طفلها بسبب المناعة الكافية فى الدم، الناتجة عن وجود المواد الزلالية الكربونية .

واذا عولجت الأم علاجا كافيا مدّة الحمل فمن الجائز أن تضع جنينا سليما خاليا من الزهرى .

ويشبه الزهرى الوراثى الزهرى المكتسب من جميع الوجوه ما عدا الدور الابتدائى ، حيث لا يكون موجودا فى الزهرى الوراثى ، فتبدأ الإصابة بزهرى الانتشار .

والزهرى الوراثى أخطر على الصحة والحياة من الزهرى المكتسب، لعدم تمام نمو أغشية الطفل المصاب بالزهرى الوراثى وأجهزته، وعدم استعداده لمقاومة الإصابة كمن ولد سليما . ونسبة الوفيات فى الزهرى الوراثى كبيرة فهى نحو (٧٠٪). أما الزهرى المكتسب فالوفيات فيه نادرة، وخصوصا فى الأدوار الأولى منه .

فإن كانت عدوى الأم لجنينها شديدة يموت الجنين مبكرا فى الرحم ، وتجهض الأم بعد ذلك بأسبوع أو عشرة أيام جنينا ممسوخا (Macerated foetus) . واذا أجهضت الأم مرارا على هذا النحو فهذا دليل كبير على إصابتها بالزهرى، مما يبرر تحليل دمها لوسرمان للتأكد من ذلك .

وبعد الإجهاض المبكر يجوز أن تضع الأم طفلا فى الشهر السابع أو الثامن يعيش بضعة أيام ثم يموت ، ويعقب ذلك ولادة أطفال كاملى أشهر الحمل، تظهر عليهم عوارض الزهرى الوراثى بعد الوضع . وهنا يجب أن أكرر أنه من الجائز أن تضع الأم طفلا أو اثنين صحيحى البنية غير مصابين بزهرى وراثى .

واذا شرحنا جثث الأطفال الموتى بالزهرى الوراثى نعثر على تغييرات زهرية ظاهرة، إما بالكبد أوالكليتين أوالصدر أوالقلب أو أى جزء آخر من الجسم، كما يمكننا أن نعثر على الاسبيروكيتا فى هذه الأحشاء المصابة . والأطفال المولودون بالزهرى الوراثى تظهر عليهم علامات النحافة والتجاعيد الجلدية المتعددة، كما يظهر عليهم كبر السنّ، بينما تبدو أجسامهم هزيلة ضعيفة،وكل ذلك يعوق نمو أجسامهم، وتظهر أسنانهم بعد وقت متأخر، كما أنهم لا يتكلمون ولا يقدرون على المسير إلا بعد وقت طويل، كذلك تبدو عليهم علامات الغباوة . ومن الجائز أن يولد الطفل ممتلئ الجسم تبدو عليه أمارات الصحة ، ثم يأخذ جسمه بعد بضعة أسابيع فى الهزال والضعف

ويقف نموه ، ونظرا لنحافة الصدر وأطراف الجسم فإن البطن يبدو منتفخا . ويتعرض هؤلاء الأطفال بسرعة للإصابة بالأمراض العادية الأخرى ، مثل الإسهال وعسر الهضم ، مما يساعد على عدم امتصاص التغذية الكافية ، فتزداد نحولة أجسامهم ، وفى الغالب يموتون فى سن مبكرة . وقد تظهر تشويهات خلقية بسبب خطأ فى النمو مثل ظهور السلسلة المشقوقة (Spina bifida) أو استسقاء دماغى (Hydrocephalus) أو حنف القدم (club-foot) . ولا نقول إن الزهرى سبب هذه التشويهات ، ولكن ظهورها فى كثير من حالات الزهرى الوراثى يجعلنا نفكر فى وجود علاقة بين الزهرى الوراثى وهذه التشويهات .

وقد يكون والد الطفل وحده (أو الوالدة أو الجدة) مصابا بالزهرى ، ويولد الطفل دون أن تظهر عليه علامات إكلينيكية أو تحليلية تشير الى إصابته بالزهرى ، إلا أنه بالرغم من هذا كله قد تظهر عليه عوارض البلاهة . وربما كانت التشويهات السابق ذكرها نتيجة لإصابة زهرية قديمة سبق وجودها فى الآباء الأولين .

أدوار الزهرى الوراثى :

(١) الدور الثانوى أو دور الانتشار . (٢) الدور المتأخر (Syphilis congenita Tarda) . (٣) الدور الكمين .

(١) عوارض الدور الثانوى الوراثى — يجوز ظهور الطفح الجلدى فى الشهر الأول عقب ولادة الطفل ، والطفح أكثر ما يظهر فى خلال الشهر الثانى . ومما لا شك فيه أنه لا يتأخر ظهور الطفح عن الشهر السادس من ولادة الطفل . بعد الشهر السادس يظهر طفح يشابه الطفح الدائرى المتأخر الذى يظهر فى الزهرى المكتسب . والطفح المبكر يظهر فى اليدين والقدمين . وقد يظهر الطحال متضخما .

(٢) عوارض الدور المتأخر المنسوب لفرنير (Syphilis Congenita Tarda of Fournier) — تظهر هذه العوارض عادة حول سن البلوغ ، وقد تتأخر الى سن متأخرة . وقد مرت بى حالات من الزهرى الوراثى ظهرت فيها العوارض التى تلفت

نظر المريض بعد سن الخامسة والعشرين . ويهمنا أن نعلم أن المجهود الجسمانى أو العقلى يظهر بوضوح عوارض هذه الإصابات ، التى قد تستمر كامنة لو لم نتعرض لمثل هذا المجهود . وفى حالات قليلة يمكننا أن نكوّن فكرة عن احتمال إصابة المريض بهـذا الدور من الإصابة ، بما يظهر على وجهه من فرطحة الجبهة ، وظهور آثار تشققات حول زاويتى الفم المعروفة باسم راجيدس (Rhagades) ، كما قد تظهر لنـا أسنان تشابه أو تقرب من أسنان هتشنسون . وفى بعض الحالات لا نعثر على عوارض مرضية تشير إلى إصابة المريض بهذا الدور من الزهرى الوراثى . واذا حللنا دم المريض فإنه يعطينا نتيجة إيجابيـة فى حالة ظهور عوارض ظاهرة ، وفيما عدا ذلك تكون النتيجة سلبية . ومن الغريب أن هذا الدور المتأخر من الزهرى الوراثى لا تؤثر فيه الطرق العلاجيـة ، وقد يكون من المستحسن ترك المريض وشأنه ما لم تظهر أعراض تستوجب سرعة العـلاج ، وقد وجد بالتجربة أن علاج بعض الحالات التى لا يظهر عليها عوارض يكون سببا فى تحريك الإصابة ، و إظهار عوارض ليس من السهل التخلص منها ، لذلك نرى أنه من المستحسن عدم علاج هذه الحالات ، وخصوصا بعد سنّ متأخرة كسنّ الأربعين فما فوق .

أما عوارض الإصابات الظاهرة ، فزيادة على ظهور الطفح المبكر السابق ذكره ، يصاب المريض بنزلات بالأنف (Rhinitis) ، كما تلتهب الكراديس (Epiphysitis) وتلتهب مشيمة العين (chorioditis) والخصية . واذا ظهرت على المريض عوارض النحولة والضعف العام فقد لا يفيد فيـه العلاج ، وخصوصا فى الأطفال الحديثى الولادة ، فانه يموت عدد كبير منهم . وتظهر إصابات الشلل بعد السنة العاشرة ، ولو أن بعض الحالات ظهر فيها الشلل فى الشهر السادس عقب الولادة . (وقد ذكرت فى مقالتى عن زهرى الأعصـاب فى مصر أمام المؤتمـر الدولى المنعقد فى القاهرة سنة ١٩٣٣ حالة من هذا القبيل) كما ظهر بعد سنتين ، ولكنها حالات نادرة .

وقد مرت علىّ حالة شلل سفلى (paraplegia) فى طفلة فى سنّ التاسعة مصابة بالزهرى الوراثى ، وصحب هذا الشلل عدم النطق (aphasia) ، ومن الغريب أن

الطفلة لم تظهر عليها عوارض أخرى، وقد حلل دمها والسائل النخاعى لوسرمان فكانت النتيجة إيجابية فى كليهما . وقد استفادت هذه الطفلة من العلاج النوعى بسرعة غريبة، بحيث أمكنها المسير والنطق بعد مضى ثلاثة أسابيع من ابتداء العلاج . على أن أهم العوارض حوالى سنّ الثانية عشرة هو التهاب قرنية العين الخللى (Interstitial Keratitis)، ووجود التهاب وأورام صمغية بالعظام، حيث نلاحظ تقوّسا فى عظم القصبة أو عظم الزند أو عظم القص، كما نلاحظ انخساف جذع الأنف .

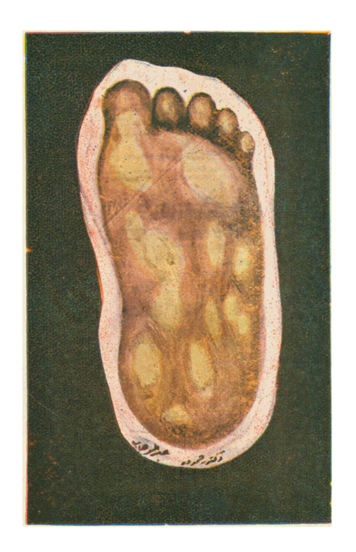
وسأتكلم عن مظاهر الزهرى الوراثى على نفس النمط المتبع فى الزهرى المكتسب مبتدئا بالزهرى الوراثى الجلدى .

المظاهر الجلدية للزهرى الوراثى

يأخذ الطفح الجلدى للزهرى الوراثى نفس مظاهر الطفح الجلدى فى الزهرى المكتسب، حيث يبدأ فى شكل بقعى (Macular)، ثم يأخذ شكلا حبيبيا (papular)، ثم يظهر الطفح القشرى والتقيحى، وهذا الطفح يظهر بشكل عام فى جميع أجزاء الجسم، غير أنه يظهر على الخصوص فى باطن القدمين واليدين (pemphigus syphilides)، وهذا مايجب أن يبحث عنه الطبيب عند فحص طفل لاشتباه إصابته بالزهرى الوراثى . وترد علىّ فى العيادات الزهرية حالات كثيرة من الأطفال المصابين بهذا الطفح . وقد تعوّدت مساعدات العيادات على فحص باطن أقدام وأيادى الأطفال الذين يحضرهم الآباء أو الأمهات لظهور طفح جلدى فى البطن أو الظهر أو أى جزء من الجسم .

وإذا عثرنا فى طفل على طفح ذى مظهر متنوّع : حبيبى أو قشرى أو بقعى أوتقيحى، فهذا يشير الى أن الطفح بسبب الزهرى الوراثى، على أنه ليس من المعتاد ظهور طفح وردى فى الزهرى الوراثى (Roselar eruption) . وأكثر أنواع الطفح ظهورا هو النوع البقعى (Macular Syphilides) . ويجب أن نفرّق بين

(لوحـــة رقـــم ١١)



زهري وراثي — تقيح بالقدم (Pemphigus Syphilides)

الطفح القشرى و بين الالتهاب الجلدى للبشرة (سبريا) (Seborrhœic Dermatitis) حيث تصاب الرأس وكذا الحاجبان فى حالة السبريا بقشر .



طفح قشرى فى مقدمة الرأس يعرف باسم " الاكليل الزهرى " (Corona Syphilitica) (للمؤلف)

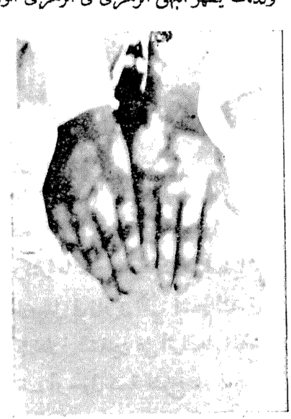
و يظهر الطفح الحبيى حول الأليتين وفتحة الشرج وراحة اليدين والقدمين ، كما يظهر الطفح البقعى فى الظهر والبطن ، وكثيرا ما تلتحم الحبيبات مع بعضها ثم تتقرح فى وسطها ، كما يجوز أن تتشقق ، وهو مايحصل فى زاويتى الفم ، فتلتحم الشقوق وتترك أثرا يسمى راجيدس (Rhagades) ، كما نعثر فى الشفتين على أثر التحام اللطخ الزهرية . ومن الجائز أن نعثر على تشقق بالأنف أو حول فتحة الشرج .

أما الزوائد الزهرية فتظهر حول فتحة الشرج أو المهبل بسبب ترطيب هذين الجزأين ، كما يجوز أن تظهر حول الفم أو حول فتحتى الأنف . ولا تظهر الزوائد عادة قبل مضى ستة أشهر على ولادة الطفل ، و يسبق ظهورها زوال الطفح الجلدى .

ويجب أن نفرق بين الطفح الزهرى فى راحة اليدين والقدمين و بين الطفح التقيحى الجلدى الذى يصيب هذين الجزأين و يتسبب عن الميكروب السبحى ، ففى

الطفح الزهرى (Syphilitic Pemphigus) يظهر الطفح عقب الولادة مباشرة . ومن النـادر أن يتأخر ظهوره عن شهر أو بضعة شهور قليلة عقب الولادة ويظهر الطفل ضعيفا نحيلا ، أما التقيح الجلدى الذى يظهر فى القدمين واليدين فلا يقتصر ظهوره على هذين الجزأين ، بل يظهر فى البطن أوالساعدين ، ويظهر الطفل فى صحة جيدة ، ومن السهل زوال هذا الطفح باستعمال المطهرات والغيارات الطبية .

وقد تصاب الأظافر فى الزهرى الوراثى (Syphilitic onychia) فيتأكل الظفر ويتسـاقط ، كما يلتهب قاعه والأغشـية المحيطة به (Syphilitic perionchia) . وكذلك يظهر البهق الزهرى فى الزهرى الوراثى كما يظهر فى المكتسب .



بهق فى ظهر اليدين فى مريض مصاب بالزهرى الوراثى (للمؤلف)



بهق فى الظهر فى مريض مصاب بالزهرى الوراثى (للمؤلف)

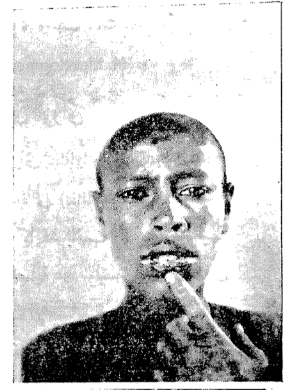
أما الزهرى الثلاثى الجلدى فيأخذ مظهر الأورام الصمغية الجلدية ، وهـذه نراها عادة متقرحة حيث يحضر لنا فى العيادات الخارجية أطفال يظهر فيهم تقرح الساقين والساعدين والرقبة أو الوجه .



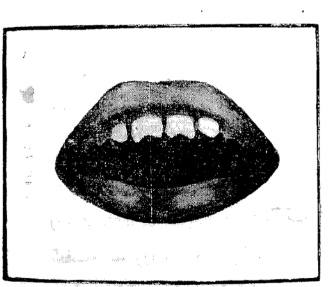
طفح تقيحى بالوجه لطفلة مصابة بالزهرى الوراثى (للمؤلف)



تقرح حول الشفتين وتشقق بجانبى الفم فى طفل مصاب بالزهرى الوراثى (للمؤلف)



لطخ زهرية فى الشفة السفلى فى طفل مصاب بالزهرى الوراثى مع عدم ظهور عوارض فى الأسنان (للمؤلف)



أسنان هتشنسون زهرى وراثى (للمؤلف)

الأسنان فى الزهرى الوراثى

من المهـم جدًا فحص أسنان الطفل عنـد اشتباه إصابته بالزهرى الوراثى ، ولا تهمنا الأسنان اللبنية كثيرا ، والمعوّل على الأسنان الثابتة ، ففيها تظهر تغييرات ظاهرة معينة وعلى الأخص الأسنان ، القواطع (Incisors) فى الفـك الأعلى وكذا فى الفك الأسفل ، ففى الفك الأعلى تظهر القواطع صغيرة وقصيرة عن المعتاد ، فتظهر مسافات بين الأسنان نتيـجة لذلك ، واذا أقفل الفم فان أسنان الفكين لا يتقابل بعضها مع بعض كالمعتـاد ؛ والسبب فى ذلك أن حافة قواطع الفكين متآكلة من الوسط فتكون شـكل نصف دائرة ، وقواطع الفك الأسفل إما أن تشـابه قواطع الفك الأعلى أو أنها ـــ وهو المعتاد ـــ تأخذ شكلا مستديرا . وبسبب عدم نمو مينا االأسنان (enamel) فى الجزء الأعلى تظهر الحافة العليا رفيعـة وخشنة ، وقد تظهر الأنياب (Canines) مثقوبة من وسط الحافة كما فى القواطع .

أما الأضراس الطاحنة فإن الضرس الأول منها (first molar) يأخذ شـكل القبـوة (Dome Shaped) فى الحافة العليا بالتاج ، وسبب ذلك عدم نمو الجـزء المتوسط من التاج (Maldevelopment of tubercle of the cap) .

إصابة العظام فى الزهرى الوراثى

التهاب عظام الأصابع بسبب الزهرى الوراثى (Syphilitic Dactylitis) — يلتهب الجـزء العظمى (Osteitis) والعظمى النخاعى (Osteomylitis) للعظـام الأولى للأصـابع (proximal phalanges) ، كما قد يلتهب العظـام النهائيـة (Distal Phalanges) وهـذا قليل ، وفى النادر إصابة عظام اليـدين أو القـدمين (metacarpals or metatarsals) . وقـد تكون الإصـابة فردية تصيب إحدى العظـام المذكورة ، كما قد تكون متعددة ، وقد تصيب جهـة واحدة أو جهتين . ويظهر هذا التغيير ما بين سنّ العاشرة والعشرين . والالتهاب المذكور لا يصحبه عادة تقيح فى العظام .

وتختلف الإصابات الزهرية العظمية عن إصابات السل لعظام الأصابع فى كون الإصابة بالدرن (السل) تكون عادة فى العظام النهائية للأصابع (Distal Phalanges) ويظهر التقيح أو التسوس (Caries) فى العظام ، كما تلتهب الأغشية الناعمة (Soft Tissues) المحيطة بالعظام . وقد توجد شبه صعوبة فى التشخيص فى الحالات التى تجمع بين الإصابة الزهرية والإصابة بالتدرّن .

عقد باروت العظمية فى الجمجمة (Parrot's Nodes) — يطلق هذا الاسم على التهاب العظم والسمحاق فى العظم المقدّمى والجدارى عند الأطفال ، فيترك عقدا عظمية تترك تشويها فى شكل الألية وذلك بمقدّم الرأس (Natiform Skull) .

وقد اعتبر باروت هذه الحالة مظهرا للزهرى الوراثى ، غير أن البعض نسبها الى الكساح (Rickets) ، إلا أن الأكثرية تنسبها الى الزهرى ، فإن وجدت فى حالات الكساح فلا بدّ وأن تكون الحالات المذكورة مصابة بالزهرى الوراثى فى الوقت نفسه .

ضمور عظام الجمجمة (Craniotabes) — نعثر فى بعض الأطفال المصابين بالزهرى الوراثى على ضمور فى سمك العظم المؤخرى للجمجمة ، بحيث يصبح الجزء المذكور رقيقا بسبب ضموره . والسبب فى ذلك كثرة الضغط عند نوم الطفل على الجزء المذكور من الجمجمة قبل أن يتم نموّها . وهذه الحالة كسابقتها قد توجد فى أطفال مصابين بالكساح ، غير أن هذا مجرّد اتفاق ، ولا يمنع أن تكون هذه الإصابة ناتجة عن الزهرى الوراثى .

مظاهر الإصابة العظمية فى الدور الثلاثى للزهرى الوراثى — تظهر فى الأطفال المتقدّمين فى السنّ والمصابين بالزهرى الوراثى عوارض التهاب العظام والسمحاق (Osteoperiostitis) ، وكذا عوارض التهاب نخاع العظام (Osteo-Myelitis) فيختلط أمر تشخيصها على الطبيب بسبب احتمال نسبتها الى سل العظام .

والجـدول الآتى يبين وجه الموازنة بين زهرى العظـام فى الزهرى الوراثى و بين سل العظام :

زهرى العظـام	ســل العظـام
يصيب عادة العظام الطويلة .	يصيب عادة العظام الصغيرة مثل عظام القدمين والفقرات العظمية والكراديس وعظم القص والأضلاع .
الإصابة متعددة وتصيب الجهتين .	الإصابة عادة فى جهة واحدة وتصيب إحدى العظام .
الإصابة بطيئة ومزمنة فى تطورها .	الإصابة تتطور بسرعة بنسـبة أكثر من الزهرى .
الإصـابة تأخذ مظهر تصلب وتضخم فى العظام (Hyperostosis) .	الإصابة تأخذ مظهرا تجبنيا (caseation) فى العظام .
آلام الزهرى شديدة وتزداد ليلا .	الآلام غير معينة ولا تزداد ليلا .
لا تتأخر صحة الطفل العامة كثيرا فى دور زهرى العظام .	صحة الطفل تزداد سوءا و يمكن العثور على إصابة تدرن فى الصدر أو فى الغدد .

التشويه العظمى بالجمجمة فى الزهرى الوراثى — أهم التشويهـات العظمية فى حالات الزهرى الوراثى فى الجمجمة هى التشويه الأنفى، حيث يأخذ الأنف شـكل البرذعة (Saddle-Back nose) ، وسببها تآكل العظم الأنفى . والتشويه الآخر هو زوائد باروت (Parrot's nodes) حيث يظهـر أعلى الجمجمة مربع الشكل بينما يظهر بوضوح بروز العظم المقدمى .

وهناك تشويه ثالث يسمى بالجبهة الأولمبية (Olympian forehead)، وفيها تظهر الجبهة بارزة ومرتفعة ومستعرضة أكثر من المعتاد .

وفى بعض حالات زهرية وراثيـــة نرى ارتفـاعا فى أقـــواس الحنـــك (arches of the Palate) وينسب بعض الأطباء هذه الظاهرة الى وجود الأنسجة الغددية فى الأنف (adenoids) عند الأطفال فى عهد الطفولة .



زهرى العظام فى الزهرى الوراثى (للمؤلف)



انخساف الأنف بسبب زهرى عظم الأنف فى الزهرى الوراثى (للمؤلف)

مظاهر الزهرى الوراثى فى المفاصل

فى حالات الزهرى الوراثى المتأخر تظهر الإصابات الآتية فى المفاصل :

(١) آلام المفاصل (arthralgia) — تمتاز هـذه الآلام بأنها تزداد عادة ليلا، كما تخف وطأتها اذا أعطى المريض علاج الزهرى، وخصوصا أملاح اليود.

(٢) الورم الأبيض المفصـــلى أو الاستسقاء المفصـــلى (Hydrarthrosis) — هـذه إصابة مزمنة وتؤثر عادة فى مفصلى الركبتين . وأكثر مايصاب بها الأطفال حوالى سنّ الثانيـــة عشرة، ويصحبها عادة التهاب القرنيـــة الخللى (Interstitial Keratitis)، والمريض يتحسن بسرعة بالعلاج النوعى للزهرى،

غير أنه يكون عرضة لرجوع الاصابة مرات متعدّدة، و إنى أتذكر طفلا أخذ أربع حقن من النيوسلفرسان فتلاشى الورم وتم العلاج ، وحضر لى بعد شهرين وقد ظهر الورم من جديد ، ثم تمم العلاج و بعد ستة شهور عاودته الإصابة نفسها .

(٣) الالتهاب العظمى المفصلى المزمن (Osteo-arthritis) — يصاب بعض الأطفال بما نسميه الورم الأبيض الزهرى، وسببه تضخم فى الكراديس مع زيادة فى كمية سائل المفصل وتضخم فى الأغشية المحيطة بالغشاء الزلالى (perisynovial Tissues) . ولما كان يُشك فى أن هذه إصابة بالسل المفصلى ، لذلك يجب أن نذكر الفوارق التى تميز هذه الاصابة عن السل المفصلى : (١) لا يوجد فى هذه الاصابة ألم يذكر فى المصل . (٢) لا يتقيح المفصل فى الإصابة الزهرية كما لا يلتهب الجلد المحيط بالمفصل . (٣) الاصابة الزهرية لا تعوق الحركة، والمفصل يسهل تحريكه . (٤) لا يصحب الاصابة الزهرية ارتفاع فى الحرارة ولا ضمور فى العضلات .

إصابة العين فى الزهرى الوراثى

التهاب القزحية والتهاب الجسم الهدبى (Iritis & Iridocyclitis) — تلتهب القزحيـة بسبب الزهرى فى الأشهر الأولى عقب الولادة ، وتصيب عادة عينا واحدة . وقد تأتى الإصابة متأخرة، فيصاب بها الشاب المصاب بالزهرى الوراثى فيما بين سنّ العشرين والخامسة والعشرين .

مظهر الإصابة — المظهر الإكلينيكى للاصابة يشابه نفس الحالة فى الزهرى المكتسب، ومن الجائز أن يصحبها التهاب القرنية الخلالى (Interstitial Keratitis)

التهاب مشيمة العين والشبكية (choroiditis & Retinitis) — تلتهب المشيمة والشبكية فى الزهرى الوراثى، كما فى الزهرى المكتسب . والمظهر المعتاد هو الالتهاب المبعثر (Desseminated choroido-retinitis) ، وهذا عادة يبتدئ من

الصغر، وربما ابتدأ والطفل داخل الرحم، غير أن مظاهر الضمور لاتظهر إلا بعد وقت متأخر .

التهاب القرنية الخللى (Interstitial Keratitis) — تبـدأ الاصابة بظهور غشـاوة فى النظر دون أن يصحب ذلك ألم . واذا فحصنا العين بالاضاءة المـائلة نرى نقطا سنجابية فى القرنية فيعطينا منظر الزجاج المصنفر . بعد ذلك تظهر غشاوة كثيفة بالقرنيـة مصحوبة بمظاهر التهابية، وبالنسبة لقتمة القرنية لا يمكن رؤية القزحية . وتتكوّن دائرة من الأوعية الدموية حول القرنيـة تتشعب من الأوعية الهدبية المقدمية (Anterior ciliary Arteries)، وهذا الارتشاح الوعائى يمتد تدريجا الى أغشية القرنية، فيحدث بقعا بيضاء تختلف حسب درجة الارتشاح . فالبقعة الأولى تشبه سمك السالمون ولذلك تسـمى (Salmon Patch)، بعد ذلك تحتقن بسبب تجمع القنوات الدموية الصغيرة (Capillaries)، ثم يعقب ذلك تسلخ فى سطح القرنية، ويشكو المريض من ضعف قوة الإبصار أوعدم الإبصار بالكلية، كما يشكو من عدم احتمال النور، ومن تساقط الدموع، وآلام غير معينة بالعينين .

يعقب هذا الدور، دور ضمور وزوال الأوعية الدموية، ومن الجائز أن يمتص الارتشاح بأكمله وترجع القرنيـة لحالتها الطبيعية دون أن يظهر عليها أثر للالتهاب، غير أن هذا نادر . والمعتاد استمرار الارتشاح فيتحوّل بعـد وقت الى تصلب بقعى يظهر عادة فى وسط القرنية فيؤثر على النظر . وهذه البقع نودان :

(الأولى) السحابة الظاهرة (Leucoma)، وهى عبارة عن بقعة بيضاء تحجز الضوء . (والثانية) غشاوة سنجابية تسمح بمرور الضوء خلالها، وتقع إما فى وسط القرنية أو فى أطرافها . ولا يمكن تشخيصها بدون الاضاءة المـائلة بواسطة عدسة .

والالتهاب الخللى للقرنيـة يؤثر فى كلتا العينين واحدة عقب الأخرى، وهـذه الاصابة بطيئـة، وتأخذ وقتا طويلا للتحـوّل من دور لآخر، فالدور الأوّل يأخذ من أسبوعين الى ثلاثة، وتأخذ بقية أدوار المرض بضعة أشهر .

مضاعفات التهاب القرنية الخللى — أهم المضاعفات التهاب القزحيـة ومشيمة العين (Iridochoroiditis)، وينسب بعض الأطباء ارتشاح القرنيـة الى تغييرات فى طريق لهاة العين (uveal tract) .

ومن المضاعفات : التهاب القزحيـة (Iritis) والتهاب القزحيـة الهدبية (Irido cyclitis) . وإذا حصلت هـذه متأخرة فقـد يعقبها التصاقات خلفيـة (Posterior synaecia) وقتمة فى العدسة أو كتاركتا .

الإنذار — لا يمكن البت فى الإنذار لأن الاصابة قد تترك ضـعفا فى قوة الإبصار، كما أنه يخشى من نتائج التهاب القزحية والهدبية التى قد تعقب الاصابة .

وقت الاصابة — يحصل التهاب القرنية الخللى ما بين سنّ الثامنة والخامسة عشرة . وقـد اختلف الأطباء فيما اذا كانت الاصابة نتيجة الزهرى الوراثى وحده أم قد تحصل فى الزهرى المكتسب . والرأى السائد هو أن الاصابة قلمـا تكون نتيجة إصابة زهرية مكتسبة ، وفى الحالات النادرة التى تحصل فيها تكون الاصابة فى عين واحدة وتأخذ مظهرا خفيفا .

العلاج — أهم نقطة فى علاج إصابات القرنيـة استعمال المركبات الزئبقية ومركبات اليـود ، أما المركبات الزرنيخية ففعلها أقل أهمية من الزئبق واليـود . والعلاج الموضعى يخصر فى عمل تقطير فى العين من محلول سلفات الأتروبين (½٪) عدّة مرات يوميا ليمنع تكوين الالتصاقات ما بين القزحية والقرنية، وليمدّد حدقة العين . وقد يكون من الضرورى عمل مرهم من أكسيد الزئبق الأصفر (١٠٪) ونتيجة العلاج زوال السحابات فى كثير من الأحوال، وفى بعض الحـالات تترك الإصابة قتمة مستديمة .

إصابة الأذن فى الزهرى الوراثى

قد تمتد الاصابة الزهرية بالزور الى القنـوات السمعية (Eustachian tube) فتسبب الصمم والتهاب الأذن الوسطى التقيحى، وخصوصا فى الأطفال المصابين

بالزهرى الوراثى . وقد ينشأ الصمم الكلى من الابتـداء بسبب إصابة الأذن الداخلية (Internal Ear) .

الصمم المتوه (Labyrinthine deafness) — قد يصاب الأطفـال فى نحو سنّ العاشرة بالصمم المتوه فى الوقت الذى تظهر فيه إصابة القرنية الخلالية ، والإصابة مزدوجة ، تصيب كلتا الأذنين و يصحبها دوار وطنين بالأذن .

باثولوجيا الإصابة ــ لقـد أظهر الكشف على جثث المتوفين بالزهرى الوراثى ، وأصيبوا بهذا النـوع من الصمم ، وجود التهـاب سمحاقى مزمن بالأذن الداخلية ، مع انسـداد بالقنوات الهلاليـة (Semicircular Canals) . وليس من الضرورى أن يصاب العصب السمعى .

الإنذار ــ الانذار غير حسن من حيث نتيجة العلاج فى هـذه الاصابات والتقدّم فيها بطىء .

إصابة الجهاز الهضمى فى الزهرى الوراثى

الفـــم ــ فى الأشهر الأولى من حيـاة الطفل المصـاب بالزهرى الوراثى تظهر لطخ بالشفتين واللسان وداخل الفم ، وهذه اللطخ شـديدة العدوى تصيب المرضعات والخدم المتصلين بالطفل ، وكذا الأطفـال المستعمل لهم نفس الأوانى والملاعق والفوط التى تسـتعمل للمريض . وهـذه اللطخ يجب تشخيصها وتمييزها من بثور الفم (aphthous stomatitis) التى تبتدئ فى شـكل بقع تقيحية صغيرة ، وتتحوّل الى تقرّحات مستديرة صفراء ومحاطة بهالة حمراء . أما اللطخ الزهرية فتأخذ شكل تآكل مسطح ذا لون سنجابى أحمر . و بثـور الفم أكثر ألمـا للمريض من اللطخ الزهرية .

مظاهر الدور الثلاثى ــ فى الزهرى الوراثى المتأخر يجوز أن يصاب الحنك الرخو والحنك الصلب بالأورام الصمغية ، كما يحصـل فى الزهرى المكتسب ، و بالمثل يصاب اللسان واللوزتان والحلق والبلعوم .

التشخيص النوعى — يجب أن نفرّق بين الأورام الصمغية وبين الذئبة (Lupus) وبينها وبين التقرحات الدرنية ، وقد سبق أن ذكرت الفرق بين التقرحات الزهرية الثلاثية والتقرحات الدرنية عند شرح مظاهر الزهرى المكتسب :

الأورام الصمغية فى الزهرى الوراثى	الذئبة "اللوبس" (Lupus)
الاصابة عادية وكثيرة الحصول .	ذئبة الفم نادرة ودائما تصحب ذئبة الوجه .
تظهر الاصابة وتمتد بسرعة نسبيا .	تظهر الاصابة وتأخذ فى الارتشاح ببطء
الاصابة تأخذ شكل ورم لا يلبث أن يتقرّح بسرعة .	الاصابة تأخذ شكل حبيبات متضخمة ذات بروز خشنة .
التقرّح ذو قاعدة غائرة ومنتظم الحافة .	التقرّح ذو قاعدة سطحية وهو غير منتظم الحافة .
الورم الصمغى غير متعدّد .	الاصابة بالذئبة غالبا متعدّدة .
الزهرى يحدث تآكلا واختراقا فى الحنك الصلب .	الذئبة لا تحدث عادة اختراقا فى عظم الحنك الصلب .
تحليل الدم لوسرمان إيجابى .	تحليل الدم لوسرمان سلبى .

التغييرات فى الأسنان — سبق الكلام عليها .

إصابة الكبد فى الزهرى الوراثى — اذا شرحنا جثث الأطفال الموتى بسبب الزهرى الوراثى نجد الكبد مصابة فى كثير من الحالات ؛ وتظهر على العموم متضخمة وسطحها أملس .

على أن هذه المظاهر الباثولوجية للزهرى الوراثى فى الكبد يمكن تقسيمها الى الأنواع الآتية :

(١) نوع يظهر فيه ارتشاح الخلايا الليفية المستديرة الصغيرة بشكل عام .

(٢) فى خلايا الكبد، يبدأ الالتهاب حول الأوعية الدموية الصغيرة ، وهذا النوع من الاصابة تظهر فيه الكبد بالعين المجردة سليمة من الخارج .

(٣) نوع تتكاثر فيه الأنسجة الليفية فتكبر الكبد فى الحجم وتصبح صلبة القوام وتأخذ لونا أصفر مائلا للسمرة، ويبدأ الالتهاب فى شكل تولد الأغشية الخلالية بكثرة فى الطبقة الخارجية للاوعية .

(٤) نوع تظهر فيه أورام صمغية متناثرة فى النسيج الحشوى، وتكون فى حجم رأس الدبوس، وتأخذ لونا سنجابيا؛ كما قد توجد تلك الأورام حول أفرع الوريد الكبدى . على أن أكثر الحالات شيوعا فى الأطفال الصغار هى الحالة الباثولوجية التى تجمع بين مظهرى النوعين، الأول والثالث، وتنسب الى هوشير وفيها يكون الكبد متضخما وصلب القوام ، غير أن السطح يبقى ناعم الملمس أو يظهر به قليل من التحبب، ويتكون سيروزكبدى حول الخلايا، والأغشية الخلالية الحديثة التكوين تكون من النوع الخلى (cellular) والوعائى (Vascular) . وهذه تفصل خلايا الكبد فتكون مجاميع من خليتين أو ثلاث أو أربع تحيط بها هذه الأغشية الخلالية الحديثة التكوين . ويمكن العثور على الاسبيروكيتا باليدا فى هذا النوع من الاصابة .

البنكرياس فى الزهرى الوراثى

يصاب البنكرياس بالزهرى فى الاصابة الوراثية أكثر من الاصابة المكتسبة، ويأخذ مظهر تليف خلالى . والمظهر الإكلينيكى للاصابة البول السكرى فى الأطفال والشبان .

الأمعاء

ليس هناك ما يستحق الذكر فى إصابة الأمعاء فى حالات الزهرى الوراثى وربما كان المظهر الوحيد لهذه الاصابة ظهور قروح زهرية، فى حالات نادرة، فى الأمعاء الدقاق أو الغلاظ .

الدورة الدموية فى الزهرى الوراثى

إصابة القلب فى الزهرى الوراثى نادرة، وباثولوجيا الاصابة : إما التهاب فى عضل القلب، أو وجود أورام صمغية صغيرة متناثرة فى العضل، وتظهر بالعين المجرّدة فى شكل نقط بيضاء . وقد يصاب عضل القلب بتليف خلالى قد لا يظهر أثره إكلينيكيا؛ وتكون أهم مظاهره الموت الفجائى، وخصوصا فى الأطفال الذين لاتظهر عليهم عوارض زهرية .

أما التغيرات التى تطرأ على الأوعية الدموية فهى نفس التغييرات التى تحدث فى الزهرى الوراثى، وتتلخص فى ارتشاح الخلايا المستديرة بالطبقة بين المتوسطة والخارجة للأوعية والتهاب الشريان البطينى الانسدادى (Endartritis obliterans) . وقد تتمدد الأوردة السطحية فى الأطفال بسبب الزهرى الوراثى ، كما قد تتمدد الأورطى أو تصاب بالأنيورزم .

الطحال — يتضخم الطحال قليلا فى الزهرى الوراثى، ويظهر ذلك جليا فى الأطفال الذين تتراوح سنهم بين سنة وثلاث . والتضخم نوعان :

(الأول) ينتج عن احتقان الطحال المزمن المتسبب عن فتور دورة الكبد الدموية .

(والثانى) يتسبب عن تكاثر الأغشية فى النسيج الخلالى فى جسم الطحال وفى غلافه الخارجى .

الجهاز التنفسى فى الزهرى الوراثى

الأنف — التهاب غشاء الأنف المزمن فى الثلاثة الأشهر الأولى من حياة الطفل إحدى علامات الزهرى الوراثى . وهو يتسبب عن تورّم الغشاء المخاطى مع ظهور إفراز قيحى أو دموى من فتحة الأنف، حيث يتساقط على الشفة العليا فيسبب التهابا فى الجلد . وقد ينتج عن التهاب غشاء الأنف انسداد الطريق الأنفى البلعومى، فيضايق الطفل فى الرضاعة وفى التنفس؛ كما قد يمتد الالتهاب للقنوات

السمعية ، و يسبب التهاب الأذن الوسطى (Otitis media)، أو يمتد الى الحنجرة فيسبب أديما (oedema) وتشنجا فى المزمار (Spasm of glottis). ونتيجة التهاب غشاء الأنف : إما تضخم الغشاء تضخما مستديما ، أو ضموره (atrophic rhinitis) أو تسوس فى العظام ، أو التهاب الحنجرة المزمن ، أو ظهور خراج خلف البلعوم (retropharyngeal abscess)، أو ظهور زوائد فى الأنف (adenoids) .

أما فى الزهرى الوراثى المتأخر فتكون مظاهر إصابة الأنف هى نفس المظاهر فى الزهرى المكتسب؛ فقد يصاب الغشاء المخاطى السمحاقى بالرشح الصمغى، و ينتج عن ذلك تآكل عظم الأنف ، كما يتآكل الجزء الجلدى من فتحة الأنف ، وكذا الفاصل الأنفى . وتكون الإصابة تدريجية ، وتأخذ مظهر زكام مزمن ، مع ظهور إفراز دموى من الأنف .

تشويهات الأنف فى الزهرى الوراثى — يتسبب انخساف قنطرة الأنف عن تسوّس عظام الأنف من أعلى ، و يسبب التشويه المعروف باسم "أنف البردعة" (Saddle nose) . أما انخساف الجزء الأسفل من الأنف فينتج عن زوال الحاجز الأنفى ، وتداخل أسفل الأنف فى الجزء الأعلى ، و يسمى الفرنسيون هـذه العاهة باسم (nez en lorgnette) أو الأنف التليسكوبى .

و يتسبب اختراق الفم عن امتـداد الورم الصمغى للعظم من الأنف الى الفم ، و يظهر عادة فى الوسط . وعوارض اختراق الفم تغيير خفائى فى الصوت ، و إرجاع السوائل التى يشربها المصاب من الأنف .

التشخيص النوعى — الإصابة الوحيدة التى يجوز أن تلتبس على الطبيب بالورم الصمغى للأنف هى الذئبة (Lupus) ، ولكن الذئبة لا تخترق العظام كالزهرى . وهى إصابة متماثلة (Symmetrical) ، بخلاف الورم الصمغى فهو غير متماثل (asymmetrical) .

الحنجرة — تصاب الحنجرة فى الأدوار الأولى من الزهرى الوراثى فيتغير صوت الطفل عند البكاء ، وتظهر خشونة فى صوته . والأطفال المصابون بالزهرى

الوراثى عرضة الى تشنج المزمار بغتة، ويجوز أن يموت الطفل بسبب هذه الإصابة العرضية، كما يكون عرضة للاصابة بالخناق (Croup) بسبب تقرح غشاء الحنجرة، وهو يحدث فى الشهر الثالث عقب الولادة . وقد يخلط الطبيب بين هذه الاصابة وبين الاصابة بالدفتريا، وقد تتأثر الحنجرة فى الأدوار المتأخرة من الزهرى الوراثى بما سبق وظهر فيها من الاصابات عقب ولادة الطفل، أو بسبب ظهور إصابات جديدة بها . فالتهاب الحنجرة بسبب الزهرى فى عهد الطفولة قد يترك التحامات أو ضيقا أو تليفا فى الغشاء المخاطى . وعند إصابة الطفل فى المستقبل بحمى، كالحصبة أو التيفود أو السعال الديكى، فإن هذه الالتحامات قد تتشقق فتحدث تقرحات جديدة .

أما الاصابات الجديدة المتأخرة فهى أورام صمغية تظهر فى الغشاء المخاطى، أو تقرحات مزمنة، أو تليف فى الغشاء ينتهى بتصلب الحنجرة .

الرئة — تصاب الرئة فى الأدوار الأولى من الزهرى الوراثى بالتهاب رئوى شعبى (Broncho - preumonia) نسب فيما مضى الى "فرشو" وهو عبارة عن تليف خلوى عام يظهر بكثرة حول شعب الرئة، ويصحبه تساقط قشرى التهابى بالشعب، كما يصحبه التهاب فى الأوعية الدموية . وهذا النوع من الاصابة يتميز عن التهابات الرئة الشعبية الأخرى بتغلب التغييرات الخلية والوعائية على التهاب الغشاء المخاطى . وهذه الاصابة إما أن تنتهى بالامتصاص، أو بالاستحالة التجبنية المعروفة باسم التكبد الأبيض (White Hepatisation) . وهى إحدى أسباب الوفاة الفجائية فى الأطفال المصابين بالزهرى الوراثى . وقد تنتهى الاصابة فى بعض الحالات بحصول تليف رئوى مزمن، يصحبه تمدد فى الشعب الهوائية (Bronchiactasis) .

أما فى الأدوار المتأخرة من الزهرى الوراثى فتكون المظاهر الزهرية فى الرئة عبارة عن أورام صمغية بها مع تليف خلوى، ويجب ألا يغيب عن البال أن الزهرى الوراثى سبب مهيئ للاصابة بالسل الرئوى .

مظاهر الزهرى الوراثى فى الجهاز التناسلى البولى

الكليتان — قد تصاب الكليتان فى ابتداء الزهرى الوراثى أو فى أدواره المتأخرة . وقد عثر فى كلى الموتى من الأجنة على استحالة كيسية فى جُمّع الكلية (Glomeruli) ، وفى الأدوار المتأخرة يطرأ على الكليتين الالتهاب الكلوى الخللى (Interstitial nephritis) . وقد تموت الأطفال من تسمم بولى (uraemia) أو من نزيف المخ بسبب ذلك .

الخصيتان — تأخذ إصابة الخصيتين فى الزهرى الوراثى أحد مظهرين :

(الأول) وقف نمو الخصيتين مع بقاء علامات الطفولة (Infantilism) .

(الثانى) التهاب الخصية الخللى (Interstitial Orchitis) . ففى الحالة الأولى تضمر الخصيتان وتقف وظيفتهما التناسلية . وفى الحالة الثانية يتضخمان . واذا لحصتا نشعر بصلابتهما كما لايشعر المريض بألم عند الضغط عليهما . والتهاب الخصية فى الزهرى الوراثى مزدوج ، فإذا عثر على طفل بهذه الحالة فيجب أن يكون أول ما يخطر ببالنا أنه مصاب بالزهرى الوراثى . وقد تنتهى هذه الاصابة بضمور الخصيتين والعقم . وفى النهاية تأخذ بقايا الخصيتين مظهر عقد صلبة .

المبيضان — يصاب المبيضان كما تصاب الخصيتان ، فيحصل بهما تصلب خللى (Interstitial sclerosis) قد ينتهى بالعقم ، إذا كانت الاصابة مزدوجة ، وربما كانت هذه الاصابة سببا فى عدم العثور على حالات كثيرة من زهرى وراثى انتقل الى البطن الثالث .

الغدد الصماء فى الزهرى الوراثى

تمكن العلماء من العثور على الاسبيروكيتا باليدا فى جميع الغدد الصماء ، وهى : الغدة فوق الكلية ، والغدة الدرقية ، والغدة التيموسية ، والغدة النخامية . ويمكن العثور فى بعضها على أورام صمغية كبيرة أو صغيرة متناثرة ، أو رشح ليفى صمغى . وهذه الإصابات تجعلنا نفكر فى أن بعض المظاهر الناتجة عن نقص التغذية (Dystrophy)

فى حالات الزهرى الوراثى قد تكون نتيجة عدم انتظام وظيفة الجهاز المنظم للتغذية بسبب مرض الغدد المذكورة . وقد ظهرت عوارض الزهرى الوراثى فى حالات بقاء خواص الطفولة (Infantilism) وفى حالات القـزم (Dwarfism) والعملقـة (Gigantism) والمكسديما (Myxoedema) والجـوتر الجحوظى ، وكبر الأطـراف (Acromegaly) ومرض أديسون . وقد تحسنت بعض هذه الحالات (وهى المصحوبة بعوارض زهرية) بعد علاجها العلاج النوعى للزهرى .

الجهاز العصبى فى الزهرى الوراثى

تنقسم إصابات الجهاز العصبى فى الزهرى الوراثى الى نوعين :

(١) الإصابات المتعلقة بنمو الجهاز العصبى للطفل . (٢) إصابات زهرية عصبية عادية .

(١) الاصابات المتعلقة بنمو الجهاز العصبى للطفل — يدخل فى هذا الباب معظم الإصابات التشويهية التى لهـا علاقة بنمو الجهاز العصبى ، مثل التالبيز الوراثى (Congenital Talipes) الذى ينسب الى (Syphilitic poliomyelitis)

الاستسقاء الدماغى (Hydrocephalus) — مما يدعونا الى التفكير فى العلاقة بين الاستسقاء الدماغى والزهرى الوراثى كثرة هذه الحلات فى الأطفال المولودين من أبوين مصابين بالزهرى ، وكثرة إجهاض الأمهات اللاتى يلدن أطفالا مصابين بالاستسقاء الدماغى . وإذا شرحنا رأس طفل به استسقاء دماغى فإننا نجـد حالة استحالية فى (optic thalamus) فتبدو بطينات المخ (Ventricles) كأنها جوفة واحدة. ونحن نعلل ذلك بأن للزهرى ميـلا خاصا للتأثير فى الأعضاء وهى فى دور التكوين والنمو . وأكثر حالات الاستسقاء الدماغى يموت المصاب بها فى حالة تشنج وعمره بضـعة شهور أو سنوات ؛ وربما يمتـد الأجل ببعض هؤلاء الأطفال غير أنهم يعيشون أغبياء .

البلاهـة (Idiocy) وضعف قوة التفكير — قـد يسبب الزهرى الوراثى ضعفا فى نمو عقل الطفل وقوة تفكيره بحيث تختلف درجة الإصـابة بين البلاهة

والغباوة . أما نمو المخ فقد يقف أو يتأخر ؛ إما بسبب تضخم عظام الجمجمة بسبب إصابة تلك العظام بالزهرى (Syphilitic osteitis) أو بسبب التهاب السحايا المزمن ، أو بسبب انسداد (Atresia) أوعية المخ الدموية ، وربما كان السبب الأخير أكثر شيوعا فى أسباب ضمور المخ فى الزهرى الوراثى .

ولا يخفى أن كثيرا من حالات الجنون فى مستشفى الأمراض العقلية بالعباسية والخانكة وفى المستشفيات الأوربية يعزى للإصابة بالزهرى وخصوصا الزهرى الوراثى . ولو تذكرنا أن الزهرى الوراثى يفتك بعدد كبير من الأجنة والأطفال الحديثى الولادة بسبب التأثير على الجهاز العصبى ، لعلمنا أن عدد الإصابات المخية فى الأطفال بسبب الزهرى الوراثى هى فى الواقع أكبر بكثير مما نتصوره عادة .

(٢) إصابات زهرية عصبية عادية :

(ا) زهرى المخ — يسبب الزهرى الوراثى العوارض المهمة نفسها التى تحصل فى المخ فى الزهرى المكتسب ، وهى الصداع والدوار والتشنجات والشلل النصفى وأنواع الشلل الأخرى ، ومنها شلل الأعصاب المغذية للعينين ، والتأثير فى الحواس وعدم النطق ، وفقد الذاكرة والإغماء وغيرها .

عوارض الصرع — يسبق عادة إصابة الصرع ببضعة أيام أو أسابيع صداع مزمن يصاحبه أرق بالليل ، ويشكو المريض فى بعض الأحيان من الدوار . أما نوبات الصرع فهى تشابه تماما النوبات فى الصرع العادى . وقد تستمر عوارض الصرع دون أن تصحبها عوارض مخية أخرى . وفى بعض الأحيان قد تقف نوبات الصرع ، وتحل محلها عوارض مخية مختلفة .

العوارض المخية — تشمل هذه العوارض تأثر قوة تفكير الطفل وانحطاطها لدرجة أنها قد تصل للبلاهة . وكثيرا ما نجد بين طلبة المدارس أو الصناع أو الأطفال المزارعين عددا كبيرا ينطبق عليهم هذا الوصف ، بسبب تأثير الزهرى الوراثى على القوة التفكيرية ، إما تأثيرا قليلا فتظهر على الطفل أمارات الغباوة

ويصبح متأخرا بين أقرانه فى المدرسة، أو كثيرا فيصاب بالبلاهة . وقد نصادف فى الشوارع أحيانا أطفالا تظهر عليهم البلاهة ويكونون موضع سخرية الأطفال الأصحاء .

عوارض الشلل — من عوارض الشلل المهمة شلل أعصاب البصر حيث تسبب أنواع الحول المختلفة، أو اتساع حدقة العين ، أو شلل نصف الوجه ، أو شلل الساق أو اللسان أو البلعوم أو فتحة الشرج أو المثانة، أو الشلل النصفى .

التشخيص النوعى — يجب أن نفرق بين عوارض زهرى المخ وبين الاصابات الآتية :

(١) التهاب السحايا الدرنى — فى هذه الاصابة ترتفع حرارة الطفل وتنثنى رأسه الى الخلف أكثر منها فى الزهرى . والسائل النخاعى سلبى لوسرمان . ويمكننا أن نعثر على إصابة بالسل، إما فى الغدد أو فى الصدر أو المفاصل .

(٢) الحمى المخية الشوكية — هذه الاصابة أخذت أهمية خاصة فى مصر فى السنوات الأخيرة لكثرة شيوعها وشدّة فتكها بالمصابين، وفيها ترتفع الحرارة بغتة، وقد يضيع وعى الطفل، وتتصلب الرقبة، وتنثنى الرأس بشكل ظاهر الى الخلف . وإذا أخذنا (عينة) من السائل النخاعى فانها تكون فى الغالب عكرة ، وإذا حللت فى المعمل يتبين أنها نتيجة دبلوكوكس مينجيتيدس (Diplococcus Meningitidis) والانذار فى هذه الحالة سيئ والوفيات تقدّر بنحو (٦٠٪) من الاصابات .

(٣) أورام المخ — قد يسبب الورم الصمغى بالمخ نفس العوارض التى تسببها الأورام الأخرى به . وفى كلتا الحالتين تتلخص العوارض فى الصداع والإصابة بنوبات صرعية والشلل . ويمكننا أن نقطع بأن الاصابة زهرية بتحليل الدم والسائل النخاعى لوسرمان، حيث يكون إيجابيا . وفى حالة الشك يجب علاجها على اعتبار أنها زهرية لاحتمال حصول فائدة من هذا العلاج .

(٤) الصرع العادى — قد يسبب زهرى المخ عوارض الصرع فيشتبه الطبيب فى أن الحالة صرع عادى لا علاقة لها بالزهرى، على أن نقط الاختلاف هى كالآتى :

(١) الصرع الزهرى (أحد عوارض الاصابة الزهرية) — وهذه يصحبها صداع واختلاف فى الاحساس والحركة ودرجة ذكاء الطفل، وكثيرا ما يصحب الصرع الزهرى شلل نصفى، وهذا ما لا نجده فى الصرع المسبب عن غير الزهرى .

(٢) فى الصرع العادى — يكون الطفل سليما، ويظهر فى حالة طبيعية بين نوبات الصرع ، بخلاف الصرع الزهرى ، فان الطفل تطرأ عليه بين النوبات عوارض مخية أخرى .

(٣) الصرع الزهرى — يصيب عادة جهة واحدة .

ومع كل ذلك فيجب أن نشير الى أن بعض الأطباء يعتقد أن الزهرى له أصبع فى تكوين الصرع العادى (Idiopathic Epilepsy) .

النخاع الشوكى

يؤثر الزهرى الوراثى فى النخاع الشوكى فى ثلاثة أدوار مختلفة وهى : (١) فى حياة الطفل الرحمية . (٢) فى حياة الطفل ما بين الطفولة وسنّ المراهقة . (٣) ما بين سنّ المراهقة والسنّ المتأخرة . وعلى ذلك يمكننا أن نرتب الإصابات على الوجه الآتى : (١) وراثية . (٢) حديثة . (٣) متأخرة .

زهرى النخاع الوراثى — (يدخل فى هذا الباب الحالات التى يولد فيها الطفل ميتا والحالات التى يموت فيها الأطفال عقب الولادة مباشرة)، ويصيب التغيير الباثولوجى المخ والنخاع والأحشاء، وتتأثر السحايا والأوعية الدموية على الأخص . وتبدأ الإصابة الزهرية فى النخاع بإصابة أجزاء من الأغشية من الأم الحنون ، حيث تتبع الأوعية الدموية . والإصابة تظهر فى شكل التهاب سحائى شوكى ينتج عن التهاب الأوعية الدموية . كل ذلك والجنين فى بطن أمه فى دور

التكوين . فاذا ولد الطفل حيا ظهرت عوارض إكلينيكية نتيجة التصلب (Sclerosis) . وهذا هو الدور الذى يعقب التهاب السحايا والنخاع . وهذه العوارض إما أن تنسب الى المخ أو الى النخاع أو لهما معا تبعا لانتشار الإصابة .

الشلل الوراثى التشنجى للنصف السفلى (Congenital Spastic Paraplegia) — فى هذه الإصابة يقترب فخذا الطفل بعضهما من بعض، ويرتفع كعب القدمين عن الأرض ، ويجر الطفل أصابع قدميه على الأرض ، ويعقب ذلك التفاف الساقين بعضهما ببعض ، ويظهران متصلبين ، وتزداد الحركات الانعكاسية (exaggerated reflexes) . ويحتفظ الطفل باحساسه كما لا يتأثر المخ بهذه الإصابة ، وقد يتأثر النطق فى بعض الحالات . أما باثولوجيا الإصابة فيقال إنها ناتجة عن وقوف نمو العمود الهرمى (Pyramidal Tract) .

زهرى النخاع الشوكى — فى الزهرى الوراثى تبدأ الإصابة برشح الخلايا الصغيرة؛ واذا عاش الطفل يظهر التصلب بالأغشية كما سبق أن ذكرنا ، فاذا تقدّم الطفل فى السنّ تظهر إصابات جديدة فى كل من السحايا والنخاع الشوكى والأوعية الدموية، وأكثر ما تكون الاصابة فى الجزء العنقى والظهرى من النخاع . فاذا وصل الطفل سنّ الثلاثين أو جاوزها وظهرت تلك العوارض كان من الصعب الحكم عما اذا كانت نتيجة إصابة وراثية أو مكتسبة .

الزهرى الرباعى العصبى — يمكننا أن نذكر تحت هذه التسمية الشلل العام للأطفال (Juvenile General Paralysis) وتابيز الأطفال (Juvenile Tabes). وهناك بعض مظاهر عصبية أخرى لا داعى لذكرها لعدم أهميتها .

الشلل العام للأطفال — يبدأ عادة الشلل العام للأطفال حول سنّ البلوغ ، غير أنه من الجائز أن يبكر أو يتأخر عن ذلك . وقد لوحظ أن نصف المصابين يحافظون على ذكائهم من عهد الولادة الى بدء دور الاصابة، أما النصف الآخر فتبدو عليهم أمارات البلاهة من الصغر . وكثير من المصابين تظهر عليهم

قبل الاصابة عوارض ضمور العصب البصرى الابتدائى . وقد يرسل بعضهم لملاجئ العميان فتراهم اذا ما بلغوا سنّ البلوغ بدت عليهم عوارض مخية أو حصلت لهم نوبات صرع .

أما عوارض الشلل العام فى الأطفال فتشبه تماما نفس العوارض فى الزهرى المكتسب ، حيث يبدو على الطفل تغيير فى أخلاقه و يتلعثم فى النطق ولا يمكنه أن يكتب بيده بوضوح كما هى العادة ، ويختل عقله وتنتابه نوبات الصرع والشلل. ونجد علامة «أرجيل روبرتسون» فى حدقة العين (Argyl Robertson pupil) . أما الشعور بالعظمة والخيالات التى تطرأ على مرضى الشلل العام فى الزهرى المكتسب فلا تظهر فى حالات الزهرى الوراثى إلا اذا ظهرت الاصابة بعد البلوغ .

ومدّة إصابة الشلل العام فى الأطفال من ثلاث إلى خمس سنوات ، وهو يصيب الجنسين معا وبنفس النسبة .

التشخيص النوعى — إذا لم تظهر الاصابة إلا فى سنّ المراهقة فمن الجائز أن تختلط هذه الاصابة بمرض الجنون الابتدائى (Dementia Precox) ، غير أنه فى الاصابة الأخيرة لا نعثر على حدقة "أرجيل روبرتسون" ولا على الخلايا الليمفاوية فى السائل النخاعى ، وكذلك تحليل الدم والسائل النخاعى لوسرمان إيجابى فى الشلل العام وسلبى فى الجنون الابتدائى .

تابيز الأطفال (Juvenile Tabes) — هذه الاصابة أقل انتشارا من الشلل العام فى الأطفال ، ومظهرها نفس مظهر الاصابة فى الزهرى المكتسب ، ويستحسن أن نشير الى أنه من الجائز أن تكون الاصابة التى نعتبرها ناتجة عن زهرى مكتسب فى الأحوال العادية تكون فى بعض الحالات بسبب الزهرى الوراثى .

علاج الزهرى بأنواعه

مقدّمة — منذ أن عرف الزهرى (الحب الافرنجى) فى القرن الخامس عشر وجميع طرق العلاج موجهة نحو القضاء على مظاهره المشوّهة ، من تقرحات فى أعضاء

التناسل إلى طفح يملأ جميع سطح البشرة . وقد كان أطباء العرب منذ أربعة قرون خلت يستعملون المركبات الزئبقية لأنواع الطفح الجلدى المختلفة؛ وربما كان بعض هذه الحالات هى فى الواقع طفح زهرى ثانوى . وقد كان الأطباء القدماء يستأصلون القرحة الزهرية أملا فى القضاء على الزهرى فى مبدئه . وقد دلت الأبحاث الحديثة على أن الاستئصال لا يمنع تسرب الاسبيروكيتا الى الدم، لذلك وجد أنه لاداعى لاجراء عملية تشويهية مؤلمة لاتقدم ولا تؤخر فى سير الإصابة . ومن الغريب أن الزئبق كان أوّل دواء استعمل لعلاج الزهرى من سنوات بعيدة، ولا يزال حتى الآن حافظا لمكانته بين الأدوية الأخرى فى علاج الزهرى فى أدواره المختلفة، وكذلك الحال فى المركبات اليودية . ولا يزال بعض الناس وخصوصا الحوامل يستعملون جذور العشبة (Sarsaparilla) . ولا ينكر الأطباء حتى فى هذه الأيام فائدتها العلمية لاحتوائها على كمية من اليود غير العضوى . وقد تفننوا فى استعمال شتى الأدوية المستحدثة فى شكل حقن تعطى فى العضل وتحت الجلد وفى الوريد وفى السائل النخاعى . ويمكننا أن نقول بحق إن الزهرى الآن مرض قابل للشفاء فى جميع أدواره، وإنما يحتاج لكثير من الصبر والمثابرة على متابعة العلاج فترات طويلة حسب ارشادات الطبيب المختص .

وقبل أن أشرح كيفية علاج مظاهر الزهرى المختلفة، سأتكلم بإسهاب عن الأدوية المستعملة وكيفية استعمالها ومضاعفاتها، وهذه الأدوية هى كما يأتى :

(١) مركبات الزرنيخ . (٢) مركبات البزموت . (٣) مركبات الزئبق .
(٤) مركبات اليود . (٥) مركبات الكبريت .

(١) مركبات الزرنيخ المستعملة فى علاج الزهرى :

المركبات الزرنيخية الشائعة الاستعمال هى مركبات الأرسينو بنزين، وهى المعروفة بحقن (٦٠٦) وقد اكتشفها أرليخ (Ehrlich) سنة ١٩٠٩، وسميت بحقن (٦٠٦) لأنها كانت نتيجة تجربته السادسة بعد الستمائة . وقد ظهرت فى الأسواق

سنة ١٩١٠ تحت اسم سلڤرسان . والسلڤرسان مسحوق أصفر اللون متبلور قابل لامتصاص الماء، ويحتوى على (٣١٪) من ملح الزرنيخ؛ ولأن هذا المركب قابل لسرعة الفساد إذا عرض للهـواء ، فهو لذلك يحفظ فى أنابيب محكمة محتوية على غاز النيتروجين . وقد ظهر عقب السلڤرسان الألمـانى، المركب الفرنسى المعروف باسم أرسينو بنزول (Arseno-benzol) ، وعقبه المركب الانجليزى خارسڤيان (Kharsivan) ثم المركب السويسرى (Mesarca) والمركب الكندى (Diarsenol) ثم المركب الأمريكى أرسفينامين (Arsphenamine) .

وقد استمر أرليخ فى تحسين تجربتـه فى حقن (٦٠٦) حتى توصل فى تجربته الرابعة عشرة بعد التسعمائة إلى المركب (٩١٤) وسماه نيوسلڤرسان (Neosalvarsan) وهو مسحوق ذو لون أصفر برتقالى يحتوى على (٢٢٪) من الزرنيخ، وإذا عرض هذا المركب للهواء فهو يتأكسد بسرعة ويصبح سما إذا استعمل . والنيوسلڤرسان الألمـانى هو الشائع الاستعمال فى مستشفياتنا حتى يومنا هذا . وقد حاولت المركبات التى ظهرت بعده أن تحل محله، ولكنه لم يثبت حتى الآن أفضليتها عليه . وهذه المركبات المنافسـة هى نوڤوارسينوبنزول الفرنسى (Novoarsenobenzol Billon) ونيوتربارسـينان (فرنسى) (Neotreparsenan Clin) ، وأكارسـيل (فرنسى) (Uclarsyl) ونيوخارسـيڤان (انجليزى) (Neo-Kharsivan) ، ونيوديارسـينول (كندى) (Neo-diarsenol) ، ونيوأرسفينامين(أمريكى) (Neo-arsphenamine) ، ونيومساركا (سـويسرى) (Neo-mesarca Roche) ، وعلاوة على مركبات الأرسينوبنزين فقـد ظهرت فى الأسواق مركبات زرنيخية أخرى أقل أهمية من حقن (٦٠٦ و ٩١٤) . وهذه تعطى إما فى العضل أو تحت الجلد، ونظرا لسهولة إعطائها وقلة مضاعفاتها فقد راج استعمالها قليلا، إلا أنه لا يمكن بحال من الأحوال تفضيلهـا على مركبات (٦٠٦ أو ٩١٤) وإنى أسـتعملها أحيانا فى الأطفـال أو المتقدّمين فى السنّ ، أو المرضى الذين لا يتحملون حقن (٩١٤) . وبعض هذه المركبات الشائعة هى :

(١) استيلرسان ، وهو نوعان : أحدهما للاطفال، والآخر للكبار :

1— Acetylarsan (infantile). 2— Acetylarsan for adults.

(٢) أرسامينول (Arsaminol) .

(٣) أرسينوميل (Arsenomyl) .

أما حقن (٦٠٦) الأولى فهى أشدّ تأثيرا على الزهرى من حقن (٩١٤) غير أن لها مضاعفات سيئة على المريض ، وتحدث ردّ فعل عقب استعمالها . وعلاوة على ذلك فاستعمال حقن (٦٠٦) يحتاج لاستعدادات غير هينة ، ويمكن أن يقال بحق أن الاستعداد لاعطائها لا يقل عن الاستعداد لاجراء عملية جراحية متوسطة ، ولا يمكن أن تعطى إلا فى الوريد ، وهى تحدث خراجا إذا استعملت تحت الجلد أو فى العضل . ولا تستعمل حقن (٦٠٦) فى وقتنا هذا إلا نادرا ، والمستعمل عادة حقن (٩١٤) ومع ذلك فسأشرح كيفية استعمال حقن (٦٠٦) والمقدار المستعمل فى الجرعة .

استعمال حقن (٦٠٦) فى الوريد — قبل استعمال هذه الحقنة يجب أن تغلى جميع الآنية والأدوات المستعملة فى ذوبانها غليا كافيا لمدّة ربع ساعة على الأقل حتى تصبح جميعها معقمة تعقيما جيدا ، كما يجب أن تغسل اليدان وتغمسان فى الليزول ويلبس الطبيب قفازا معقما . بعد ذلك نضع الأمبول المحتوى على (٦٠٦) فى كؤول نقى لتطهير سطحه الخارجى ، ولنتأكد من أن الأمبول محكم الغلق لا يتسرب الهواء الى داخله . ثم يجب أن يكون لون الأمبول أصفر كهرمانيا . بعد ذلك يحضر الكأس الزجاجى المعقم على أن تكون سعته (٦٠٠ سم^{٣}) ، ونصب فيه ماء مقطرا ومعقما حتى العلامة (٢٠ سم^{٣}) . ثم نكسر الأمبول ونلقى بالمسحوق فى الكأس على سطح الماء ، ثم نحرك المسحوق بواسطة مرود زجاجى معقم حتى يذوب المسحوق تماما . بعد ذلك نصب على المحلول المذاب محلولا من هيدرات الصودا بنسبة (٤٪) بحيث يتساقط السائل الأخير نقطة فنقطة ، ويكون مقداره بمعدّل ($\frac{١}{٢}$ سم^{٣}) لكل ($\frac{١}{١٠}$ جرام) من المسحوق المذاب . ويلاحظ أنه كلما تساقطت نقطة من هيدرات الصودا

أحدثت راسبا فى المحلول، غير أنه سرعان ما يذاب عند تحريك السائل. والقصد من إضافة هيدرات الصودا هو تحويل المركب الحمضى السام (٦٠٦) الى مركب قلوى غير سام. والمعتاد هو إضافة كمية من هيدرات الصودا أكثر بقليل مما ذكرت، غير أنه لاداعى للاكثار من قلوية المحلول وإلا أحدث كشطا فى الأوردة الدموية . بعد إضافة هيدرات الصودا بالطريقة المذكورة نضيف الى السائل محلول ملح الطعام المعقم المذاب بنسبة (½ ./٠) فى ماء مقطر معقم، وفى درجة حرارة الجسم . وتكون الكمية المضافة بحيث تجعل الحجم الكلى للحلول (٣٠ سم٣) لكل (١/١٠ جرام) من (٦٠٦) . ويمكن أن نتأكد من قلوية المحلول بعد تحضيره باستعمال الفنوفثالين (Phenophthalein) . ثم نرشح المحلول بواسطة ورق ترشيح وبعد هذا يصبح المحلول مستعدا للحقن فى الحال . ويجب أن نلاحظ أن تكون الحقنة فى الوريد وإلا أحدثت خراجا فى الأغشية .

الجرعة المستعملة — تتوقف الجرعة المقدّرة للريض على حالة المريض الجسمانيـة ، وعلى دور إصابة المرض ؛ وعلى العموم فالجرعة للشاب العـادى هى (٠,٣٠ جرام) من السلفرسان على أن تعطى مرة واحدة فى الأسبوع، على أنه يمكن أن تزاد الجرعة من (٠,٣٠ جرام) إلى (٠,٤٠) فى الحقنة الثالثة أو الرابعة اذا لم تظهر على المريض عوارض تشـير الى عدم تحمـله المقدار الأوّل . ومن المعتاد أن يأخذ المريض راحة أسبوعين بين الحقنة الثالثة والرابعة، وكذا بين الرابعة والخامسة .

والمريض المصاب بزهرى ابتـدائى أو ثانوى يأخذ من الحقن ما مجموعه (٢ ½ جرام) فى خلال ثمانية أسابيع ، وبعد ذلك لا يبدأ بإعطائه حقنا أخرى من السلفرسان قبل مضى أربع أسابيع . أما فى الزهرى الثلاثى فيمكن أن يزاد مجموع الحقن الى (٣ ¼ جرام) تعطى فى خلال عشرة أسابيـع . أما النسـاء والأطفال فيأخذون جرعا أصغر مما يأخذ الرجال . على أنه يراعى فى أخذهم تلك الحقن الوزن والسنّ وحالة المريض العامة .

النيوسلفرسان ومركبات (٩١٤) — عند استعمال أمبول (٩١٤) يجب أن نراعى نفس الاحتياطات المذكورة فى حقن (٦٠٦)، وخصوصا يجب التأكد من

أن الأمبول غير فاسد، وذلك بملاحظة عدم تغيير فى لونه الأصفر، وعدم تطرّق الهواء الى داخل الأمبول. ولاستعماله نحضر كأسا سعتها (٦٠ جراما) و يعقم جيدا، ثم نصب فيه ماء مقطرا ومعقما بمقدار (١٠ سم٣). و يجب أن يكون الماء فاترا، و إن كان ساخنا أو فى درجة الغليان فإنه يسبب تحليلا فى تركيب الدواء. بعد ذلك نكسر الأمبول ونرش المسحوق فوق سطح المـاء، ثم نذيبه بمرود زجاجى . و يجب سرعة استعمال المحلول عقب تحضيره مباشرة و إلا تأكسد لتعرّضه للهواء ، حيث يأخذ لونه فى السواد . و يصح أن نرشح المحلول بواسطة و رقة ترشيح قبل اســتعماله حتى لا نحقن جزءا غير مذاب فى الوريد . و يجب قبل الحقن ملاحظة ظهور المحلول رائقا لا راسب فيه .

الجرعة المستعملة فى الحقن ــ تتوقف الجرعة المستعملة على وزن المريض وعمره وحالتــه الاكلينيكية المرضية . والنظام الذى نتبعــه فى عيادات الأمراض الزهرية هو أن يعطى المريض الشاب جرعة مقدارها (٠,٣٠ جرام) فى الابتدائى . و بعد خمسة أيام نكرر الحقنة نفسها . ويكون ترتيب الحقن كالآتى : اليوم الأوّل (٠,٣٠ جرام) . والخامس (٠,٣٠ جرام). والعاشر (٠,٣٠ جرام). والخامس عشر (٠,٤٥ جرام). واليوم العشرون (٠,٤٥ جرام). والخامس والعشرون (٠,٤٥ جرام). والثلاثون (٠,٤٥ جرام) . ثم يأخذ المريض راحة مدّة أسبوعين، يعطى بعــدها (٠,٦٠ جرام) . و بعد خمسة أيام يعطى (٠,٦٠ جرام) . و بعد عشرة أيام يعطى (٠,٦٠ جرام). و بعد ١٥ يوما يعطى (٠,٦٠ جرام). و بعد ٢٠ يوما يعطى (٠,٦٠ جرام)؛ فيكون مجموع ما يأخذه المريض ما بين (½٥ و ٦ جرامات) للدور الواحد. و يلاحظ فى اتباع هذه الطريقة عدم إعطاء المريض جرعة أكبر من (٠,٦٠ جرام)، كما يلاحظ تقصير الفترة بين الحقنة والتى تليها حتى يكون مفعول الحقن قويا ومفيدا.

أما فى النساء فتتبع نفس الطريقــة المستعملة فى الرجال، ولكن يلاحظ عدم إعطائهن جرعة أكبر من (٠,٤٥ جرام) فى الدفعة الواحدة . ونبدأ بجرعة (٠,١٥ جرام) أو (٠,٣٠ جرام) كما هى الحال فى الرجال . ونكرر المقدار بحيث يكون مجموع ما تأخذه المرأة ما بين (½٤ و ٥ جرامات) .

ويلاحظ أن هذه الطريقة جربت فى مرضى لا يقل عددهم عن ألفين . ولم ألاحظ فيها مضاعفات زرنيخية إلا نادرا . وأهمها الالتهاب الجلدى الزرنيخى ، وهو عادى الحصول ، ولم يحصل فى أكثر من خمسة عشر مريضا فى الألفى مريض — أما اليرقان فصادفته أربع حالات فقط فى الرجال وحالة واحدة فى النساء .

النيوسلفرسان فى العضل — إذا أعطى النيوسلفرسان فى العضل فانه يحدث التهابا فى معظم الحالات وخراجا فى بعضها ، وهو مؤلم جدا وبطىء الشفاء ، لذلك ظهرت فى الأسواق حقنا من مركبات النيوسلفرسان إذا أعطيت فى العضل (مثل الألية) فانها لا تحدث التهابا . وتحل تماما مكان حقن النيوسالفرسان فى الوريد ، وأهميتها ترجع إلى أن بعض النساء لا يعثر الطبيب فيهن على وريد للحقن فيه ، كما أن بعض المرضى لا يلائمه حقن نيوسلفرسان فى الوريد ، إذ تحدث لهم صدمة أو هبوط أو ارتفاع فى الحرارة ، فهؤلاء إذا أعطيت لهم الحقن فى العضل فان هذه المظاهر تقل كثيرا بل قد تنعدم فى معظم الحالات .

والحقن المستعملة فى العضل فى مستشفياتنا هى سلفرسينول (Sulpharsenol) وميوسلفرسان (Myosalvarsan) ، والحقن الحديثة المعروفة باسم سليوسلفرسان (Solusalvarsan) ، والأخيرة مجهزة فى محلول لا يحتاج لإذابة المسحوق . ويمكن استعمالها فى الوريد أو العضل أو تحت الجلد دون أن يشعر المريض بألم أو أى مضاعفة موضعية ، وجميعها مقسمة الى جرع فى أمبولات من (٠,١٥ جرام) الى (٠,٧٥ جرام) ، وكما ذكرت لا داعى لاستعمال جرعة (٠,٧٥ جرام) ويمكن تكرار جرعة (٠,٦٠ جرام) لجواز عدم احتمال المريض لجرعة (٠,٧٥ جرام) .

التريبارساميد — مركب زرنيخى حديث الاستعمال له خاصية اختراق أغشية المخ والنخاع الشوكى ، وهو قاتل ضعيف للاسبيروكيتا ، إلا أنه بسبب خاصية اختراقه للأغشية العصبية يأخذ مركزا ممتازا بين الأدوية المستعملة فى علاج الزهرى العصبى . وهو عبارة عن مسحوق أبيض غير متبلور يحتوى على (٢٥ ٪) من الزرنيخ وعلى (٩ ½ ٪) من النيتروجين ، ويحقن إما فى العضل أو فى الوريد .

والحقن إما جرامان أو ٣ جرامات ويمكن إذابتها فى ٥ أو ١٠ سم٣ من الماء المقطر، ويعطى مرة فى الأسبوع على أن يكون مجموع دورة العلاج ٢٥ جراما تقريبا. وسأتكلم عن هذا المركب بشرح واف عند شرح علاج الزهرى العصبى.

الاسبيروسيد (Spirocid) — مركب زرنيخى آخر تبين فى السنتين الأخيرتين أن له خاصية اختراق الأغشية العصبية على وجه أقوى من التريبارساميد، وهو يستعمل أيضا كعلاج وقائى ضد الزهرى حيث يحضر فى شكل برشام يحتوى على (¼ جرام)؛ ويقال إن استعماله قبل ظهور القرحة يمنع ظهورها، ويبقى الدم سلبيا لوسرمان زمنا طويلا. وهو يؤخذ عن طريق الفم بمعدّل أربع برشامات فى اليوم فى الصباح قبل تناول الطعام، ويستعمل لمدة خمسة أيام أو ستة باستمرار. إلا أن هذا الدواء مثل أى مركب زرنيخى آخر لا يخلو من مضاعفات زرنيخية أو عجز عند بعض الأشخاص عن تحمله، لذلك يجب أن يكون استعماله على يد طبيب مختص لمتابعة عوارضه التسممية وعلاجها فى حينها. ولا يخفى أن استعمال هذا المركب اذا لم يأت بالنتيجة المرغوبة فانه يخفى معالم الزهرى، ويمنع الكثيرين من أخذ العلاج الواجب، وفى هذا من الخطر ما لا يخفى.

فحص المريض قبل أخذه الحقن الزرنيخية بالوريد — يهمنا جدا التأكد من حالة المريض الصحية قبل إعطائه حقن (٩١٤) فى الوريد، لذلك يجب أن نتأكد من حالة القلب والرئة والكبد والكليتين، كما يجب أن نزن المريض لنعرف مجموع الجرامات اللازمة له.

القلب — يجب أن يفحص القلب جيدا للتأكد من عدم وجود تليف بالقلب أو أنيورزم أو تمدّد مع هبوط أو أديما. فاذا وجدت إحدى هذه المظاهر فيجب الامتناع بتاتا عن إعطاء حقن (٩١٤) بالوريد.

الرئة — يفحص المريض للتأكد من سلامته من سل الرئة أو من نزيف أو التهاب رئوى، أو نزلة شعبية شديدة؛ لأن هذه الاصابات تمنع من إعطاء حقن (٩١٤) بالوريد.

الكبد — يجب فحص الكبد وملحقاتها والتأكد بعد فحص البول من عدم وجود مرارة به (Bile) ، وكذا عدم وجود صفرة ظاهرة فى العينين، فان تضخم الكبد الشديد أو وجود أورام أو خراج به يمنع إعطاء حقن زرنيخية أيا كانت. لأن الزرنيخ يزيد الاستحالة الكبدية سوءا .

الكليتان — يجب فحص البول للبحث عن الزلال، وكذا فحص حالة الكليتين الإفرازية ، فاذا عثر على زلال فى البول فيجب عمل بحث دقيق عن كمية بول ٢٤ ساعة ، كما يجب فحص راسب البول للتأكد من عدم وجود خلايا كلوية أو خلايا دموية ، مما يشير إلى التهاب كلوى حاد أو مزمن . على أن وجود كمية قليلة من الزلال فى إصابة زهرية مع عدم وجود خلايا كلوية تحت المجهر لا يمنع من إعطاء كميات مصغرة من الزرنيخ ، فمن الجائز أن يكون الزلال مظهرا من مظاهر زهرى الكليتين. وحتى فى الحالات الأخيرة فانه يجب الاحتياط الكافى فى إعطائها ، ويستحسن دائما محاولة إزالة الزلال قبل البدء فى أى علاج كان ضد الزهرى ، ويجب على المريض أن يأخذ مسهلا خفيفا مثل ملعقتين من المانزيا أو المزيج الأبيض فى الليلة السابقة لأخذ الحقنة ، ويجب أن تكون المعدة خالية من الطعام بأن يتجنب المريض الطعام على الأقل مدّة أربع ساعات قبل الحقنة ، وكذا ثلاث ساعات بعدها ، كما يجب الامتناع عن تناول المواد الحريفة والامتناع عن شرب المشروبات الروحية يوم الحقنة على الأقل واليوم التالى له .

تحضير المريض لأخذ الحقنة الوريدية — ليأخذ المريض الحقنة فله أن يستلقى على ظهره ويبسط ذراعه ، كما له أن يجلس على كرسى ويبسط ذراعه على منضدة العلاج . والطريقة الأولى أسهل على المرضى العصبيين الشديدى التأثر . ثم بعد أن يبسط المريض ذراعه عموديا على جسمه ، يضعه على منضدة العمليات . ويشترط أن يكون الذراع على حال مريحة ، بعد ذلك يربط الممرض الذراع من وسطه بلىّ من المطاط ، ثم يدهن مقدّمة الكوع بصبغة اليود أو الكؤول النقى

أو الأتير، ثم يؤمر المريض بقفل قبضة يده ، وبعد ذلك يبدأ الطبيب بحقن المريض فى إحدى الأوردة الظاهرة .

كيفية حقن المريض بمحلول (٦٠٦) — يوضع محلول (٦٠٦) القلوى ، وهو فى درجة حرارة الجسم ، فى وعاء زجاجى مدرّج على أن يكون ارتفاعه عن منضدة الحقن بنحو ثلاثة أقدام ، ويوضع الى جانب المحلول المذكور وعاء زجاجى آخر مدرّج يحتوى على محلول الملح المعروف فى درجة حرارة الجسم أيضا . ونصل أسفل كل وعاء بأنبوبة من الجلد ، ونصل الأنبوبتين بأنبوبة جلدية أخرى على شكل حرف (Y) يتصل بنهايتها موصل للإبر معدنى . والمعتاد وصل أنابيب زجاجية صغيرة فى اللى الجلدى قبل اتصاله بالأنبوبة التى على شكل (Y) ، وكذلك بين الأخيرة وبين الإبرة المستعملة للحقن ، والقصد من هذه التوصيلات الزجاجية متابعة سير المحلول ، حتى إذا لم يمرّ المحلول بانتظام أمكن معرفة موضع الانسداد فى الجهاز . وكذلك توجد قوابض معدنية تستعمل بمثابة مفتاح يقفل الأنبوبة الجلدية ويفتحها حسب الطلب .

جهاز تحضير حقنة (٦٠٦)

بعــد ذلك يقف الطبيب مواجها للمريض ويتأكد من الوريد الذى يريد الحقن فيه، ويضع يده اليسرى أسفل مكان الحقن ببضعة سنتيمترات، ويضغط بيده من أسفل الى أعلى حتى يمتلئ الوريد بالدم ويظهر جيدا . بعد ذلك يقبض على الإبرة بيده اليمنى بحيث يتجه باطن الإبرة المقعر الى أعلى، ثم نخرق الجلد بالإبرة على بعــد بضعة ملليمترات من الوريد، ثم نخرق الوريد — وإنا نلاحظ ذلك بل ونشعر به عند رؤية الوريد وهو ينكمش قليلا عند اختراقه ثم يرجع لطبيعته بسبب مرونته — على أنه عند الشك نفصل موصل الإبرة عنها ونتأكد من خروج الدم بسهولة من الإبرة، وبعد التأكد من وجود الإبرة بالوريد نرفع قابض اللىّ الجلدى المتصل بمحلول الملح ونحقن بالوريد نحو (٣ سم٣) من المحلول الملحى، ثم نقفل لىّ محلول الملح بواسطة الماسك المعدنى . بعد ذلك نرفع القابض المتصل بلىّ محلول السلفرسان ونترك المحــلول يمرّ بالوريد تدريجيا، وعنــد ملاحظة وصــول محلول السلفرسان الى التوصيلة الزجاجية فى أسفل اللىّ نقفل لىّ محلول السلفرسان بواسطة الماسك المعدنى، ونفتح لىّ محلول الملح بحيث نحقن نحو خمس سنتيمترات فى الوريد عقب السلفرسان . والقصد من ذلك التأكد من أن جرعة السلفرسان حقنت بأكملها للمريض، لأن محلول الملح سيأخذ فى طريقه أى كمية من السلفرسان ثم تحقن فى الوريد . بعــد ذلك نقفل لىّ محلول الملح ومحلول السلفرسان ونرفع الإبرة من الوريد، ونمسح مكان الإبرة بصبغة اليود المخففة، ثم نلصق عليها قطعة من اللنت المعقم المدهون بالكلوديون . وتجب ملاحظة الدقة التامة فى حقن حقنة السلفرسان فى الوريد، لأنه إذا صادف وتسرب جزء منها الى الأغشية تحت الجلد، فإن ذلك يسبب ألما وربما بل خراجا للمريض، كما يجب أن يبـقى المريض ملقى على ظهره فى السرير لمدّة نصف ساعة عقب حقنة السلفرسان .

استعمال حقن (٩١٤) فى الوريد مذابة فى محاليل مركزة — هذه الطريقة هى المستعملة الآن فى عيادات الأمراض الزهرية والمستشفيات العمومية، كما أن معظم الأطباء الخصوصيين يستعملونها . وطريقة الاستعمال هى أن

يجلس المريض على كرسى ، ويمدّ ذراعه على منضدة الكشف ، ويكشف باطن ذراعه الى أعلى، ثم يربط أعلى الذراع بواسطة لىّ جلدى ، ويقفل المريض قبضة يده، ثم يضغط الطبيب فى الرسغ الى أعلى حتى يظهر الوريد واضحا، وتطهر الطبقة الجلدية بكؤول نقى، ثم يحضر الطبيب حقنة ريكورد سعة (٥ أو ١٠ جرامات) وبها محلول (٩١٤) مذابا فى المـاء المقطر المعقم، ثم يخترق الطبقة الجلدية على بعد بضعة ملليمترات من مكان الوريد المرغوب الحقن فيه، ثم يوجه الإبرة نحو الوريد ويخرقه، ويتأكد من ذلك عند شعوره بدخول الإبرة، وهذا الشعور يمكن اكتسابه من كثرة المران على إعطاء الحقن الوريدية ، كما أنه يلاحظ وجود انكماش فى الوريد عند بدء اختراقه، وسرعان ما يزول هذا الانكماش عند دخول الإبرة باطن الوريد . بعد ذلك يسحب الطبيب كباس الحقنة قليلا ، فاذا ظهر الدم مندفعا فى الحقنة كان ذلك دليلا على وجود الإبرة فعلا داخل الوريد . أما إذا ظهرت نقطة دموية غير منتظمة مصحوبة بفقاقيع هوائيـة دل ذلك على أن الإبرة ليست داخل الوريد ، ويجب مراعاة الدقة إدخالها ثانية . وبعد التأكد من أن الإبرة فى داخل الوريد يجب فك اللىّ الجلدى الذى فى أعلى الذراع؛ ثم يبدأ الطبيب بالضغط على مكبس الحقنة ، ثم يحقن المحلول ببطء فى الوريد . ويجب الاحتياط التام فى عدم إدخال فقاقيع هوائية بالوريد، لأن فى هذا منتهى الخطورة على حياة المريض .

وحقنة (٩١٤) فى الوريد من السهولة بمكان فى يد الطبيب المتمرّن، وقد يقابل المبتـدئ بعض الصـعوبة فى إدخال الإبرة بسهولة فى الوريد ، وخصوصا فى النساء البدينات . وليتغلب الطبيب على هـذه الصعوبة يطلب من المريضـة بعد ربط ذراعها من أعلى تحـريك الساعد وثنيه مرارا على الذراع، وقبضـة اليد مقفلة . وقد يكون الوريد فى الكثير غير ظاهر، وإذا أمرر الطبيب أصابع يده جهة المرفق فانه قد يعثر بوريد كبير مختبئ فى الطبقة الدهنية، ولذلك فهو لا يظهر للعين . وبعد التأكد من اتجاه الوريد بالضبط نتتبع طريقه بالأصبع، وبعد هذا يصـبح من السهل جدا اختراق الإبرة له إذا وجهها الطبيب باحتراس وفى اتجاه الوريد .

وكثيرا ماصادفت أنا شخصيا كثيرا من الصعوبة فى حقن بعض المرضى، وقد لجأت أحيانا الى استعمال الأوردة فى مقدّم الرسغ، وهى ولو أنها تظهر واضحة إلا أنها غير ثابتة، ذلك الى أن الجلد فى هذه الجهة سميك، ومن الصعب تصويب الإبرة الى داخل الوريد دون أن يشعر المريض بألم عند خرق الإبرة للطبقة الجلدية .

فاذا بدأ الطبيب بحقن المحلول وشعر المريض بألم عند بدء الحقن، أو ظهر تورّم فى مكان الوريد، دل ذلك قطعيا على أن الإبرة ليست فى داخل الوريد، وهنا يجب إخراجها فى الحال ثم نحاول إدخالها ثانية . ويجب عدم التساهل فى هذه النقطة، لأن الاستمرار فى حقن المحلول خارج الوريد يسبب دائما التهابا وتورّما وخرّاجا، مما يعوق المريض عن عمله مدّة لا تقل عن أسبوع أو عشرة أيام، كما أن ذلك قد يجر على الطبيب مشاكل هو فى غنى عنها . وقد حدث أن حقن مريض بالأرياف بواسطة ممرّض حقنة طرطير مقيئ للعلاج من البلهارسيا (وهى حقنة وريدية) فسببت خراجا انتهى بنزيف دموى ثانوى فى المرفق، وانتهت الحال بأن عملت للمريض عملية بتر للساعد وبتقديم الممرّض الى القضاء . كل ذلك كان من السهل تلافيه إذا أعيد إدخال الحقنة بالوريد من جديد .

بعد الانتهاء من حقن المحلول تنزع الإبرة بخفة من الوريد، ثم يدهن مكانها بصبغة اليود المخففة، ثم نلصق قطعة من اللنت بواسطة الكالوديون مكانها .

استعمال مركبات (٩١٤) فى العضل — يجب قبل البدء فى استعمال حقن (٩١٤) المستعملة فى العضل عمل نفس الاحتياطات لحقن (٩١٤) فى الوريد، من تعقيم الحقن، والتأكد من عدم فساد محتويات الأصول . والحقن المستعملة لهذا الغرض هى ميوسلفرسان (Myosalvarsan) وسلفمساركا (Sulphmesarca)، وسلفرسينول (Sulpharsenol)، وسليوسلفرسان (Solusalvarsan) . وأسهل طريقة لتحضير المحلول لمريض واحد هو كسر رقبة الأمبول، بعد التأكد من عدم فساده، وصب مقدار (٢ — ٣ سم٣) من الماء المقطر المعقم فيه، وإذابة المحلول بتحريك

مرود زجاج معقم . وبعد التأكد من إذابة المحلول بأكمله يؤخذ فى حقنة ريكورد سعة (٥ سم٣) ثم يفرّغ الهواء من الحقنة بواسطة رفعها رأسية وطرد الهواء ، ثم يختار الطبيب الجزء العلوى الوحشى من الأليـة ، ويأمر المريض بالوقوف ثم يدهن الجزء المذكور بصبغة اليود ، ثم يفصل الإبرة عن الحقنة ، ويضرب بالإبرة الى داخل العضل . ويجب ألا يشعر المريض بألم يذكر وإلا فيجب تغيير موضع الإبرة بسبب مصادفتها لأفرع عصبية . وفى الوقت نفسه يلاحظ هل ظهر دم من باطن الحقنة أم لا ، فان ظهر فيجب تغيير موضعها قليلا حتى تبتعد عن مكان الوريد . بعد التأكد من عدم ظهور دم ، يحقن الدواء بعد تثبيت الحقنة فى الإبرة ؛ وبعد تمام الحقن يهز الإبرة قليلا حتى لا يرجع شىء من الدواء من مكان الحقنة ، ويرفع الإبرة والحقنة ، ويدهن مكانها بصبغة يود ، ثم يدلك مكان الحقنة حتى تتشبع الأغشية بالدواء ، وحتى لا يشعر المريض بألم يذكر مكان الحقنة .

المركبات الزرنيخية المستعملة تحت الجلد — يمكن استعمال مركب (٩١٤) المسمى سليوسلفرسان (Solusalvarsan) تحت الجلد ، كما أنه يصح استعمال حقن الأرسامينول (Arsaminol) والاستلرسان (Acetylarsan) تحت الجلد دون أن يشعر المريض بألم يذكر . وتتخذ نفس الاحتياطات فى التعقيم وتحضير المحلول ، كما هى الحال فى الحقن الوريدية والحقن العضلية . ونفضل استعمال نفس المكان فى الألية للحقن كما فى العضل . انما يكون تحت الجلد . ولأجل ذلك نضغط بالابهام والسبابة لليد اليسرى على جزء جلدى من البقعة المراد الحقن فيها ، ونشدّها الى الخارج ، ثم نضرب بالإبرة فى الطبقة الجلدية بحيث لا تخترق الإبرة أكثر من الأغشية تحت الجلد ما بين الأصبعين ، وهذا يؤكد لنا عدم اختراق الإبرة للعضلات . بعد ذلك نصل الحقنة بالإبرة ونحقن المحلول بالتدريج ، والمفروض فى طريقة الحقن هذه عدم شعور المريض بألم أو ورم أو التهاب . وقبل أن أختم موضوع حقن (٩١٤) أشير الى أنه يجب أن يكون مكان الحقنة فى الأطفال عاليا حتى لا يتقيح مكان الحقنة بسبب عدم عنايتهم بالنظافة الكافية ، واحتمال اختلاط البول أو البراز بمكان

الحقنة اذا كانت فى مكان جلوس الطفل ؛ كذلك يجب ملاحظة عدم تكرار الحقنة فى نفس المكان ، بل يجب تنويعه كما يصح أن تكون حقنة العضل فى العضل اللامى (Deltoid Muscle) .

مركبات البزموت

يستعمل البزموت بكثرة فى السنوات الأخيرة فى علاج الزهرى وخصوصا فى فرنسا حيث يعولون على استعماله فى جميع أدوار الزهرى ، وقد جربنا نحن استعماله فى مصر ، إما على انفراد أو باستعماله مع حقن (٩١٤) أو الزئبق . وقد تبين من تجاربنا العديدة على مركبات متنوعة من البزموت أن هذا الملح قاتل ضعيف للاسبيروكيتا ، وأنه لا يمكن التعويل عليه وحده فى علاج الزهرى ؛ فاذا أعطينا حقن (٩١٤) نسبة (٩٠٪) كقاتلة للاسبيروكيتا ، فان البزموت يأخذ نسبة (٦٠٪) والزئبق نحو (٤٠٪) . وليس معنى هذه النسب التقيد باستعمال (٩١٤) وحدها أو البزموت دون الزئبق ، لأن لكل من هذه الأصناف ميزة لا توجد فى غيره . وأصوب الطرق الجمع بين أى مركبين فى العلاج ، ويستحسن أن تكون مركبات (٩١٤) إحداها ، ما لم يظهر من فحص المريض أن حالته لا تسمح باعطاء مركبات زرنيخية .

ومركبات البزموت تعطى جميعها فى العضل ، وهى نوعان : (الأول) به مركب البزموت مذاب . (والثانى) به مركب البزموت غير مذاب . ولما كانت مركبات البزموت الموجودة فى الأسواق متعددة ، وليس من الصعب حصرها ، سأكتفى بذكر بعض هذه المركبات التى جربتها فعلا فى علاج المرضى سواء بالمستشفى أو بعيادتى الخاصة .

(١) نيوتربول (Neotrepol) — مركب بزموتى يحتوى على(٠٫٠٨ من الجرام) من ملح البزموت فى كل (سم٣) . وهو مركب أسود اللون ، واذا حقن فى العضل يحدث ألما قليلا للمريض ، ودور العلاج به يحتاج الى نحو أربع عشرة أنبوبة ، وتعطى الأنبوبة فى العضل ، وبين كل حقنة والتى تليها يومان .

(٢) كينين البزموت اليودى B. I. Q. (Quimby) — هـذا المركب نوعان: (الأوّل) مركب به ملح البزموت مذاب. (والثانى) مركب به البزموت معلقـا فى الزيت ، وهو يحتوى على نحو (٢٤ ٪) من البزموت . والنـوع المذاب لا يحدث ألمـا فى العضل، كما يمتاز النوع غير المذاب ببقائه مدة طويلة فى الأغشية فيؤثر فى لاسبيروكيتا مدّة طويلة ببطء ، ودور العلاج يحتاج الى نحو (١٦ أنبوبة) تحقن فى العضل، و بين الحقنة والحقنة يومان .

(٣) البيا (Olbia) — مركب بزموتى مذاب فى الزيت، وفى كل سنتيمتر منه (٤ سنتيجرامات) من ملح البزموت. وهذا المركب لا يحدث فى العضل ألمـا مطلقا ، وهو مجهز فى أنابيب سعتها : إما (١ سم٣ و إما ٢ سم٣) . ودور العلاج يحتاج الى (٢٠ أنبوبة) . من الأوّل (و ١٠ أنابيب) من الثانى، و بين الحقنة والأخرى يومان.

(٤) بزموثيدول (Bismuthoidol) — مركب بزموتى فى أنابيب تحتوى الواحدة على (٨ سنتيجرامات) من ملح البزموت وسعتها (٢ سم٣)، ولا يحدث هذا عند حقنه فى العضل ألمـا مطلقا ، ودور العلاج يحتاج الى (١٤ أنبوبة)، بين الحقنة والأخرى يومان .

(٥) نيوكرديل (Neo Cardyl) — مركب بزمـوتى فى الزيت بنسـبة (١٢ ½ ٪)، وتحتوى الأنبوبة التى حجمها (سم٣) على (٥ سنتيجرامات) من البزموت ، و بما أن هذا المركب يحتوى على نسبة قليلة من البزموت فان دور العلاج يحتاج الى ٢٠ أنبوبة تحقن فى العضل، بين الحقنة والثانية يومان .

(٦) موتانول — مركب بزموتى (هيدرو أكسيد البزموت) معلق فى الزيت يحتوى على (٦٤ ٪) من البزموت ، وهذا المركب شديد الأثر ، ولا يحدث ألمـا للمريض، وهو شائع الاستعمال فى كثير من المستشفيات بالقطر المصرى ، ودور العلاج يحتاج الى (١٤ أنبوبة) تحقن فى العضل، وبين المرة والأخرى يومان .

(٧) نيو بزموت (Neo Bismuth) — مركب بزموتى به ملح البزموت معلق فى الزيت ، وهو يشابه الموثانول من حيث شدّة فعله ، ويحتوى على نحو (٦٠ ٪) من البزموت .

(٨) بزموجينول (Bismogenol) — مركب بزموتى، به ملح البزموت معلق فى الزيت ، ويحدث ألما قليلا للمريض، ويحتوى على نسبة من البزموت أكبر بقليل من الموثانول . ودور العلاج يحتاج الى (١٢ أو ١٤) حقنة ويحقن بين المرة والمرة يومان .

(٩) يودو بزميتول (Iodobismitol) — مركب بزموتى يستعمل كثيرا فى أمريكا، وهو يحتوى على (٦ ٪) من الجرام من البزموت فى كل سنتيمتر مكعب، كما يحتوى على (١٢ ٪) من يودور الصوديوم، وتحتوى الأنبوبة على ٢ سنتيمتر . ودور العلاج (١٥) أنبوبة تعطى حقنا ، بين المرة والأخرى يومان .

ويلاحظ عند استعمال أى مركب بزموتى أن تكون مجموع الجرامات التى تعطى للمريض مع أى مركب من (٩١٤) هى على التقريب من (٣ ½ جرام) الى (٤ ½ جرام) .

إعداد المريض لعلاج البزموت — يجب التأكد من حالة أسنان المريض ولثته قبل إعطاء حقن البزموت للمريض؛ فاذا وجدت أسنانه مكسورة أو غير سليمة وجب علاجها قبل البدء فى إعطاء البزموت ، كذلك إذا وجد باللثة تقيح وجب علاجه أوّلا ، لأن ملح البزموت يزيد حالة اللثة والأسنان سوءا اذا كانت فى حالة مرضية . ويجب أن ننصح المريض بتنظيف أسنانه بفرشة ومسحوق، مثل مسحوق الكربوليك للأسنان، أو أحد المعجونات المطهرة .

كيفية استعمال مركبات البزموت

قبل البدء فى ملء الحقنة بمحتويات الأنبوبة اذا كان المركب زيتيا وجب أن تسخن الأنبوبة قليلا قبل كسر طرفها ، ثم ترج جيدا حتى يختلط الملح بالسائل بشكل متناسب، وكثيرا ما نجد فى أنابيب بعض المركبات حبات زجاجية صغيرة تساعد على تحريك المزيج .

كيفية حقن البزموت فى العضل — يجب استخدام إبرة طويلة كالمستعملة فى حقن (٩١٤) العضلية، ثم تصوّب نحو نفس المكان الذى سبق أن وصفناه فى حقن (٩١٤) فى العضل . ويجب أن نكون أكثر حيطة فى حقن البزموت حتى لا نحقنه فى الوريد . بعد ذلك نسحب البزموت من الأنبوبة بواسطة الحقنة مباشرة، ثم نصلها بالإبرة ونحقن البزموت بالتدريج، وبعد انتهاء الحقنة يجب تحريك الإبرة قليلا على محورها حتى لا يتساقط شىء من البزموت عند إخراجها ، ثم نخرجها وندهن مكان الحقنة بصبغة اليود، ثم ندلك مكان الحقنة بقطنة حتى يتسرب الدواء بانتظام فى الأغشية ويمنع تكوين عقد مؤلمة للمريض .

الزئبق فى علاج الزهرى

الزئبق أقدم دواء استعمل فى علاج الزهرى، ومع تقادم عهده وظهور أدوية مستحدثة مثل (٩١٤) والبزموت ، فلا يزال الزئبق حافظا لمكانته من حيث أنه قاتل للاسبيروكيتا ومستعمل فى علاج الزهرى . ويمتاز الزئبق بامكان استعماله مدّة طويلة، وبطرق مختلفة ، بحيث لا يحرم المريض المسافر الى بلد قاصية من القيام بالعلاج عن طريق الفم أو التدليك مثلا، كما أنه يمكن الجمع بينه وبين المركبات الزرنيخية، كما نتبع ذلك فى مستشفياتنا ، وكذلك يصح العلاج به وحده فى الحالات التى لا تحتمل الحقن الزرنيخية .

طرق تعاطى الزئبق :

(١) التدليك — هذه الطريقة هى إحدى الطرق القديمة لاستعمال الزئبق؛ وهى طريقة بطيئة وتحتاج لممرض متمرّن ليقوم بها؛ ويستعمل لهذا الغرض مزيج مركب من زئبق معدنى وشحم خنزير مبنزن . والوصف الآتى شائع الاستعمال وهو :

زئبق منق	٥٠٠ جرام
فازلين	٢٥٠ »
لانولين	٢٥٠ »

والجرعة المتوسطة للذكور الراشدين هى (٤ أو ٥ جرامات) . وفى بعض الأحوال الشديدة يجوز أن تزاد الى (٨ جرامات). على أنه لا يصح أن يستعمل للنساء أكثر من (٦ جرامات) لأن تحملهن للزئبق أقل منه عند الرجال، كما يجب أن تراقب الأعراض التسممية الزئبقية عندهن وقت الاستعمال. أما الأطفال الصغار فيتحملون نحو جرامين من الزئبق بطريقة التدليك . وأفضل وقت للتدليك هو المساء حيث يبقى الدهان طول الليل على الجسد ، ويجب أن يستمر التدليك يوميا حتى يشكو المريض من زيادة لعابه وعندها يجب وقف العملية فترة للراحة. والمدة التى يستمر فيها التدليك فى كل دفعة هى (٢٠) دقيقة لمدة تتراوح بين (٧ أو ٨) أسابيع . أما الأمكنة المختارة للتدليك فهى جوانب الصدر والبطن والأوربية. ومن الضرورى أن يكون التدليك بطيئا وشديدا الى أن تشعر اليد بخشونة، ونغطى المكان بطبقة من اللنت المبلل بالماء الدافئ ونترك هذا الغيار الى صباح اليوم التالى حيث ينزع ويغسل المكان بالصابون والماء الدافئ، ونترك مكان التدليك قليلا من مسحوق الطلق ويجب ألا نقتصر فى التدليك على مكان واحد كل يوم حتى لا يلتهب الجلد اذا دلك مرتين متتاليتين .

(٢) تعاطى الزئبق من الفم — هذه الطريقة سهلة ولا تتطلب احتياطات مهمة ، غير أنها لما تسببه للمريض من التهاب معدى وإسهال فهى غير عملية، ولا يمكن الاستمرار فى استعمالها فترة طويلة، أما اذا لم يحصل للمريض التهاب معدى وإسهال فهى طريقة لا بأس بها . وتوجد مركبات عدة لتركيب حبة الزئبق . والمركبان الآتيان شائعا الاستعمال فى فرنسا وهما :

(١) الحبة المعروفة بحبة ريكورد، وهى تركب كالآتى :

أول يودور الزئبق ... ... ٠,٠٥ جرام

خلاصة الأفيون ... ... ٠,٠١ »

سواغ كمية كافية لصنع حبة رخوة .

(٢) حبة ديبيوترين (Dupuytren's Pill) وتركيبها كالآتى :

خلاصة الأفيون ... ... ٠٫٠٢ جـرام

ثانى كلورور الزئبق ... ... ٠٫٠١ »

جلسرين مع سواغ (مثل مسحوق العرقسوس) كمية كافية لعمل حبة رخوة . وكيفية الاستعمال هى أن يؤخذ بعد الطعام من حبتين الى ثلاث من حبات ديبيوترين للرجال ، وحبتين للنساء فى اليوم . ويكتفى بحبتين للرجال من حبوب ريكورد وواحدة للنساء .

ومن الوصفات المستعملة لتعاطى الزئبق من الفم مسحوق الزئبق مع الطباشير بمقدار قمحة واحدة ، وقد صنعت حبة سميت حبة هتشنسون (Hutchinson's Pill) وفيها يضاف الى مسحوق الزئبق والطباشير مسحوق عرق الذهب المركب ، وتكون نسبة كل من المسحوقين قمحة من كلٍّ فى الحبة الواحدة ، وتؤخذ ثلاث حبات أو أربع فى اليوم ، وبذلك تكون كمية الزئبق المأخوذة فى اليوم من قمحة الى قمحة ونصف . وتؤخذ الحبات يوميا لمدّة ثلاثة أسابيع ، ثم يأخذ المريض راحة لمدّة أسبوع . وبعد أن يأخذها المريض ثلاث دفع (تسعة أسابيع) يأخذ راحة لمدّة شهر لا يستعمل فيها الزئبق . ومن الجائز أيضا تعاطى الزئبق سائلا ، كما فى شراب فان سوتين (Van Swieten) . كما أنه من الجائز استعمال الوصفة الآتية :

ثانى كلورور الزئبق (السليمانى) ... ... ١ جـرام

ماء مقطر لغاية ... ... ١٠٠٠ »

ويلاحظ فى استعمال السوائل الزئبقية أن تكون مخففة بقدر المستطاع ، وأن يضاف اليها كوب من اللبن الحليب حتى لا يحدث من استعمالها تهيج للمعدة . ولا بدّ من الاشارة الى وجوب العناية بحالة المريض الصحية ، فان كان مصابا بفقر دم وجب إعطاؤه إحدى المركبات الحديدية ، مثل صبغة فوق كلورور الحديد بمعدّل خمس نقط ثلاث مرات فى اليوم .

والمعروف دائما أن طريقة استعمال المركبات الزئبقية بالفم سواء اكانت فى شكل حبوب أم فى شكل شراب، فهى فى الواقع طريقة متممة للعلاج، بمعنى أننا نلجأ اليها فى المريض الذى سبق أن أخذ علاجا كافيا ضد الزهرى؛ وإنما تستعمل له هذه الطريقة للتأكد من أنه يأخذ علاجا فى الفترات التالية لأخذه الحقن التى يصفها الطبيب، ويعتبر هذا علاجا مخففا لا يخلو من مزايا .

فاذا أتم مريض العلاج دورة كاملة على يد الطبيب ، وطلب منه أن يحضر لعلاج دورتين بعد ستة شهور، فانه بعد أخذه راحة لمدّة ثلاثة شهور عقب العلاج الأول يصف له الحبوب الزئبقية ليستعملها فى المنزل فى الثلاثة الشهور الثانية ، وينصح له بأن يستعمل الحبوب مدّة ثلاثة أسابيع بمعدّل حبة بعد كل أكل، أى ثلاث حبات فى اليوم، ثم يمسك عن تعاطى الحبوب مدّة أسبوع، ثم يستعمل بعد ذلك الحبوب ثلاثة أسابيع أخرى يعقبها راحة لمدّة أسبوع ، ويتبعها باستعمال الحبوب لمدّة أسبوعين ، يعقبهما راحة لمدّة أسبوع، بذلك يكون المريض قد أخذ علاجا شاملا لمدّة ثمانية أسابيع .

إعطاء الزئبق بطريق المستقيم — من الجائز إعطاء المستقيم الزئبق لامتصاصه بدلا من إعطائه بطريق الفم ، وميزة هذه الطريقة أنها لا تحدث التهابا معويا ، ويقال إن هذه الطريقة تفيد فائدة محققة فى زهرى الكبد ، ويجب أن يعتبر العلاج بهذه الطريقة متمما للطرق الأخرى .

والأقماع الشائعة الاستعمال فى علاج الزهرى عن طريق المستقيم هى أقماع زيت الزئبق .

(٣) استعمال الزئبق فى شكل حقن — استعملت الحقن الزئبقية لأوّل مرة فى فرنسا فى عام ١٨٦٧ واستعملها هنترهربا (Hunter Herba) . وقد لعبت دورا هاما فى معالجة الزهرى، وأصبحت الآن الطريقة الهجومية المثلى لعلاج الزهرى مشتركة مع احدى مركبات (٩١٤) .

والطرق المستعملة للحقن هي تحت الجلد ، وداخل العضلات ، وداخل الوريد .
وقد جرب استعمال الزئبق داخل القصبة الهوائيـة (Intratracheal) وداخل الأم الجافة (Intradural) وفي ملتحمة العين (Subconjuctival) ، وعلى العموم فالطرق الشائقة للاستعمال هي في العضل وفي الوريد ، لأن الحقن تحت الجلد مؤلم جدّا ، وقد يسـبب التهابا أو تحجرا . وقد صـادفت مرضى أصيبوا بصـدمة (Shock) بسبب الألم الناتج من حقن الزئبق تحت الجلد .

والمعتاد هو استعمال الأملاح القابلة للذوبان حقنا في الوريد وفي داخل العضـلات ، أما الأملاح الزئبقيـة غير القابلة للذوبان فلا تسـتعمل إلا داخل العضلات فقط . ولاستعمال الأملاح القابلة للذوبان ميزة إدخال كمية قليلة أومتوسطة من إحدى أملاح الزئبـق القابلة للذوبان . غير أنه يجب تكرار العلاج واتصـاله ويكون يوما ويترك يوما وأن يتعين مقداره بالضبط وأن يقف العلاج عنـد حدوث أية مضاعفات .

أما الأملاح غير القابلة للذوبان فهي متباعدة وقـوية نوعا ما ، وهي تدخل إلى العضـلات مركبا زئبقيا معلقا في سائل زيتي ، ويعتـبر كل جرعة منـه بمثابة احتياطي تمتصه الأغشية تدريجيا بعد تحويله ببطء الى مركب قابل للذوبان عند ما يمتزج بالأخلاط . والحقن سـواء أكانت بالأملاح القابلة للذوبان أم بغـير القابلة للذوبان يزداد فعلها كلمـا كانت غائرة داخل العضلات ؛ على أن ألمها بسيط لا يذكر ولا تترك بعدها عقدا مؤلمة . والمكان المختار للحقن هو الألية حيث يجب مراعاة طريق الأوعيـة ، وكذا في العصب الوركي الذي ينبـغي اجتناب إصابتـه أيًّا كانت الإصابة .

(ا) الأملاح القابلة للذوبان — أوّل الحقن القابلة للذوبان التي استعملت في العـلاج هي جاوات الزئبق ، وهو تركيب قوى الفعل غير أنه يصعب حفظه مدّة طويلة ، ويستعمل الآن محلول جاوات الزئبق مع كلورور الصوديوم والمـاء كما في الوصفة الآتية :

جاوات الزئبــق ... ... ١ جــرام .
كلورور الصوديوم ... ... ٠,٠٠٨ »
ماء مقطــر لغـاية ... ... ١٠٠ ســم٣ .

وعلى ذلك فكل أنبوبة سعتها (١ سم٣) من هذا المحلول تحتوى على (٠.١٪) من جاوات الزئبق ، ويحقن بها المريض يوما ويستريح يوما ، وهذا المركب يحتمله المريض كل الاحتمال ، ولا يصاب معه بالقىء والإسهال اللذين هما مظهران يدلان على عدم احتماله الدواء . والدورة العلاجية عبارة عن (٢٠ حقنة) من المحلول المذكور . ومن المركبات الزئبقية الأخرى المستعملة ثانى يودور الزئبق (Biniodide of Mercury) ووصفته كما يأتى :

ثانى يودور الزئبق ... ... ١ جــرام .
يودور الصوديوم ... ... ١ »
ماء مقطر كمية كافية لابلاغ المحلول ... ١٠٠ ســم٣ .

ومن المركبات الزئبقية القابلة للذوبان سيانور الزئبق ، واستعماله الشـائع الآن أن يحقن فى الوريد بنسبة (١٪) .

المركبات الزئبقيــة غير القابلة للذوبان — المركبان المشهوران همـا : الكالوميل وزيت الزئبق ، أما الكالوميل فمستحضراته وإن كانت ذات نتيجة حسنة إلا أنهـا مؤلمة على أية حال الى درجة يضطر المريض معها الى البقاء فى الفراش ، وقد تحدث تورّما والتهابا شديدا بالألية وتحجرا وخراجا ، وفى الواقع أنه لا يوجد مبرر لاسـتعمال مركبات الكالوميل إلا فى الحـالات الاضطرارية مثـل الزهرى العصبى المتأخر (الشلل العام والتابيز) . والمرضى بهذا النوع أكثر احتمالا للكالوميل من غيرهم .

أما زيت الزئبق فمستحضراته أقل ألمـا بشرط أن تكون الحقنـة غائرة فى العضــل ، وفى الواقع يجب أن يقوم بمهمة الحقن طبيب متمرّن ولا يترك أمر حقن الزئبق فى العضــل الى الطلبة أو الممرضين ، لأن هؤلاء يحقنون المريض عادة

تحت الجلد أو فى الطبقات السطحية من العضل . ويجب أن يدلك مكان الحقنة حتى لا يتحجر الدواء أو يكون تكيسا حوله ، وليساعد على سهولة امتصاص الأغشية له . فعلى الطبيب المعالج أن يلم بالجرعة الواجب حقنها و بكيفية حقنها ، كما يجب عليه أن يلم بكافة العلاجات المركزة الفعالة . والحقن بالزيت الزئبق قلما يحدث أضرارا تذكر ، هذا إذا روعيت الاحتياطات التطهيرية المعتادة فى طريقة الاستعمال . و بعد فحص المريض وأسنانه ووظيفة الكليتين فحصا دقيقا .

على أى وجه استعملنا الزئبق فهو موجود على الدوام فى دم المرضى الذين يعالجون به ، وسرعان ما يتشربه الجسم و يتخلص منه عن طريق المصارف الطبيعية . والمعتاد هو أن نبدأ العلاج دائما بالأملاح القابلة للذوبان مثل ثانى يودور الزئبق أو جاوات الزئبق ، لكى نتمكن من فحص حساسية المريض ودرجة استعداده لقبول العلاج ، كما يمكننا أن نحكم على قوة الكليتين والأمعاء على إفراز الدواء ، ثم نكمل العلاج باستعمال الزيت الزئبق .

الحقن داخل الأوردة — أكثر المركبات استعمالا للحقن فى الوريد هو سيانور الزئبق ، و يتلوه ثانى يودور الزئبق ، ثم جاوات الزئبق . والمتبع فى طريقة العلاج إما أن يحقن المريض بالزئبق داخل الوريد فى الوقت الذى تستعمل فيه مركبات (٦٠٦) أو (٩١٤) ، أو يستعمل الزئبق عقب الحقن الزرنيخية . وكثير من الأطباء يعتقد أنه لا بد من مهاجمة المرض باستعمال سيانور الزئبق الذى يفيد فائدة كبيرة فى علاج الزهرى . والسيانور علاوة على كونه دواء هجوميا للزهرى ، فهو ذو ميزة خاصة فى التهابات العين الزهرية ، وزهرى الأحشاء والأورطى وفى الحالات الكبدية الزهرية .

اختيار طرق تطبيق مركبات الزئبق — دلت التجارب كما دل استعمال الزئبق فترات طويلة فى السنين الماضية على أن العلاج بالزئبق اذا استمر مدّة كافية فانه يجوز الاكتفاء به عند الضرورة فى علاج المريض المصاب بالزهرى ، وقد

تبين من فحص المرضى الذين لم يكن فى وسعنا علاجهم بغير الزئبق أن أعراضهم الاكلينيكية تلاشت ، كما تبين من فحص الدم والسائل النخاعى فى مدد متفرقة أنهم فى حكم المرضى الذين شفوا بأى علاج حديث آخر مثل حقن (٩١٤)، وهذه النقطة تهم كل من يبحث فى علاج المرضى بالزئبق فقط ، فإذا سئلنا هل من الممكن شفاء المريض المصاب بالزهرى بالمركبات الزئبقية دون سواها كان جوابنا بالايجاب .
ورب سائل يقول هل من الواجب معالجة الزهرى بالزئبق وحده ؟ وجوابنا على هذا أنه لا يصح مطلقا إهمال المركبات الزرنيخية التى تعتبر فى الدرجة الأولى من الأهمية فى علاج الزهرى ، وخصوصا فى الدور الهجومى . ولكننا يجب أن نستعمل المركبات الزئبقية أو البزموتية كمساعد فى جميع الحالات المعالجة .

المظاهر الزهرية التى تحتاج خاصة لعلاج الزئبق — اذا أعطى سيانور الزئبق داخل الوريد فى أول ظهور أعراض الزهرى ،فانه يفيد فائدة مؤكدة حتى وإن استعملت بعده أو اشتركت معه المركبات الزرنيخية . والمعتقد دائما أن سيانور الزئبق فى الوريد هو العلاج المختار فى زهرى الأوعية وزهرى المخ والنخاع الشوكى . والسيانور يؤثر فى بعض الحالات الزهرية الحشوية (زهرى الكبد والكليتين) فوق أنه علاج مضاد للزهرى ، فله شأن عظيم فى إدرار البول .

واذا دعت الضرورة فى بعض حالات الزهرى الثلاثى الكمين ، أو التى أخذت علاجا غير كامل ، لاستعمال يودور البوتاسيوم فان الأفضل هو الجمع فى المعالجة بين اليودور والزئبق أو البزموت (والزئبق أفضل) بدلا من استعمالها مع الحقن الزرنيخية .

واذا انتهى السبب الداعى لمهاجمة المرض فمن الممكن تقرير علاج صيانة بالحقن تحت الجلد أو فى العضلات ، فاذا ما تعذر على المريض متابعة هذا العلاج بسبب مشاغله أو كثرة سفره فمن المستحسن معالجته من طريق الفم أو المستقيم أو التدليك . ومعالجة الأطفال بالتدليك طريقة سهلة ولا يترتب عليها ضرر ، اللهم إلا حدوث احمرار أو تسلخ مكان التدليك ، وهذا من الممكن تلافيه بتغيير مكان التدليك وملاحظة النظافة التامة . وقد يعالجون من طريق الفم بنجاح ، غير أن هذا الطريق لا يمكن

استخدامه وقتا طويلا حرصا على عدم ارتباك أعضاء الهضم ، وكذلك الحال فى طريق المستقيم .

ويراعى عند إعطاء الزئبق أمور توحيها حالة المرض والمريض معا ، كما تلاحظ سنّ المريض والتعليمات التى ترشدنا اليها التفاعلات الخصوصية والفحص العمومى .

(أوّلا) فى حال ظهور أعراض إكلينيكية على المريض :

(ا) فى المستشفى — اذا كان المريض معديا ، أو به ظواهر طفح أو لطخ أو زوائد ، فيجب على الدوام استعمال حقن السيانور فى الوريد ، واذا تعذر استخدام الوريد فنستعمل ثانى يودور الأينزول داخل العضلات ، أو جاوات الزئبق تحت الجلد .

(ب) فى العيادات الخارجية — اذا كان المريض حرّ التصرف فى وقته وأمكنه الحضور للعيادات الخارجية مرة كل يومين أو ثلاثة أيام فيجب معالجته بنفس الطريقة ، مع إعطائه جرعة بطريق الفم فى فترات الراحة ، بين كل حقنة وأخرى . وإذا تعذر على المريض الحضور أكثر من مرة واحدة فى الأسبوع فيحقن بالأملاح غير القابلة للذوبان ، على أن يكون الحقن تدريجيا . ويستحسن أن يبدأ بالأملاح القابلة للذوبان ، ثم نتبع بزيت الزئبق أو الكالوميل .

(ثانيا) فى حالة عدم ظهور عوارض إكلينيكية على المريض — اذا كان المريض غير مقيد بأعمال خاصة فالأفضل حقنه بالأملاح القابلة للذوبان ، وإن لم يكن كذلك يحقن بزيت زئبق ، على أن يحقن قبلها بالأملاح القابلة للذوبان فى الوريد أو تحت الجلد ردحا من الوقت . ويجب مع هذه الطريقة مراقبة المريض مراقبة دقيقة ومنعه من ترك كافة العلاجات ، لعدم وجود أعراض تدفع الى متابعة العلاج . فالعقبة الحقيقية فى طريق نجاح علاج الزهرى هى ضيق الوقت وعدم الاستمرار فى العلاج فى حالة عدم وجود عوارض إكلينيكة ظاهرة تحمل المريض على المضى فى العلاج . على أنه من الضرورى تحليل الدم من وقت لآخر ، وكذا تحليل السائل النخاعى عند اتباع أى طريقة فى العلاج .

العوارض الناتجة من استعمال الزئبق :

(أولا) عدم احتمال الزئبق — يظهر على بعض المرضى عوارض تدل على عدم احتمالهم الزئبق ، وقد صادفت مرضى يعتريهم قشعريرة وآلام ظهرية وهبوط عند أخذهم الحقنة الزئبقية الأولى . وبديهى أن هذه المظاهر لا تكون نتيجة تسمم إثر أخذهم حقنة واحدة . وهذه الحالات نادرة ويكثر حصولها فى الحقن الوريدية ، ويستحسن فى هذه الحالات استبدال الزئبق بالحقن الزرنيخية والبزموتية أو الاكتفاء باحداهما .

(ثانيا) المظاهر المختلفة للعوارض التسممية — يظهر على الأسنان القواطع الوسطى الخط السنجابى المعروف ، وهذا يسهل علاجه بوقف الحقن الزئبقية مع المحافظة على نظافة الأسنان والفم باستعمال الفرشة والمساحيق أو المعاجين المطهرة . وهذه الظاهرة تحصل عادة مع المرضى الذين يعالجون بالتدليك أو بالحقن الزئبقية الوريدية . أما التهاب الفم الذى يحدث إثر الحقن بزيت الزئبق ، وهو الالتهاب الذى كان يخشى منه فى السنوات الماضية ، فهو نادر الحصول وخصوصا اذا روعيت نظافة الفم .

المغص والإسهال — قد يحصل للمريض عوارض مغص وإسهال أثر تعاطيه كميات كبيرة من حقن الزئبق ، ويمكن تلافى ذلك بإعطائه بعض نقط من اللودونوم أو صبغة البلادونا مع الحقنة الزئبقية ، وعند حصول المغص والإسهال فمن الممكن تخفيف شدّتهما بسرعة وذلك باعطاء المريض جرعة بزموت ولودونوم ، ويجب إيقاف الحقن الزئبقية الوريدية فى مثل هذه الحالات .

الطفح القشرى الوردى — مركز هذا الطفح عادة ثنايا المفاصل الكبيرة مثل خلف الركبتين والأوربية والكوعين ، وهذه الظاهرة نادرة الحصول ، وتظهر على الخصوص فى المرضى المصابين بعدم كفاية فى الكبد أو الكليتين . وفى هذه الحالة يجب إيقاف العلاج وإعطاء ملينات لتصريف السموم ، كما يعطى المريض أدوية مدرّة للبول .

الالتهابات الكلوية — اذا عنى بفحص بول المرضى قبل البدء فى العلاج بالزئبق فمن النادر أن تحصل إصابات تشير الى عوارض كلوية، واذا حصلت هذه العوارض لمريض يعالج بالزئبق دل ذلك على سابقة إصابة مرضية بالكليتين . على أنه من الصعب التفرقة بين إصابة الكليتين الناشئة عن الزهرى، والاصابة الناشئة عن تعاطى الزئبق . ويجب علاج الاصابة الكلوية قبل التفكير فى العلاج بالزئبق .

إصابة الكبد — من النادر جدا إصابة الكبد بسبب استعمال الزئبق ، ولم أصادف حالة أصيب فيها المريض بيرقان عقب الحقن الزئبقية . أما الأنيميا الزئبقية التى تحدث عقب علاج طويل المدّة ، فمن الجائز حصولها فى حالات نادرة، ويصحبها اصفرار البشرة، وضعف عام، وهزال شديد . وفى هذه الحالة يجب إعطاء المريض مركبات الحديد .

وعلى العموم ، فان تعاطى الكبريت مع الزئبق يزيد على الدوام قوّة العلاج ، ويقلل عوارض التسمم، ويسهل تعاطى الزئبق بدون ظهور عوارض سيئة، ويشير ما كدونا فى هذه الحالات باعطاء المريض حقن الانترامين أو الكنترامين فى العضل، وبين كل حقنة وأخرى يومان ! كما تنصح الدوائر الفرنسية بتعاطى المياه الكبريتية المعدنية من الفم، مثل ماء عين صيره وحلوان، أو شرب ماء (Uriage) المعدنى أو ماء لوكون (Luchon) . وقد أثبتت المشاهدات الاكلينيكية مفعول الكبريت فى مساعدة علاج الزئبق بشكل جلى .

مركبات اليود فى علاج الزهرى

لأملاح يودور البوتاسيوم على الخصوص قوة عجيبة فى امتصاص الأورام والألياف الزهرية ، إلا أنها ليس لها تأثير يذكر على الاسبيروكيتا نفسها ، ومن المستحسن إعطاء مركبات اليود عن طريق الفم، وكلما أعطيت هذه المركبات فى مقادير كبيرة من الماء كان لها تأثير قوى من الوجهة العلاجية ، ويضاف إليها عادة منقوع الكينا أو العشبة (Sarsaparilla) .

وجرعة يودور البوتاسيوم التى نبدأ العلاج بها عادة هى (½ جرام) تزاد الى جرام أو ٢ جرام، ثلاث مرات فى اليوم . ويجب أن يستمر إعطاء اليود فترات تتراوح بين ثلاثة أسابيع وشهر، يعقبها راحة لمدّة أسبوعين، لأن اليود اذا أعطى باستمرار مدّة طويلة، ففضلا عن العوارض المحتمل ظهورها على المريض بسبب كثرة استعماله، فان الجسم يتعوّده فلا يتأثر به من الوجهة العلاجية . ومركبات اليود تستعمل فى زهرى الانتشار، وفى الزهرى الكمين، والزهرى الثلاثى والعصبى، حيث يعطى اليود أوّلا بقصد امتصاص الألياف المحيطة بالاسبيروكيت، وبعد ذلك يستعمل النيوسلفرسان أو البزموت أو الزئبق فيسهل بذلك تأثيرها على الاسبيروكيت .

المركبات اليودية الأخرى خلاف يودور البوتاسيوم :

يستعمل أحيانا يودور الصديوم ويودور النوشادر بدلا من يودور البوتاسيوم، وقد تستعمل هذه الأنواع جميعا . ولا يمتاز هذان المركبان فى شىء عن يودور البوتاسيوم، ومع أنه قد ظهرت فى الأسواق مركبات مختلفة لليود إلا أنها فى الواقع لا تكافئ يودور البوتاسيوم من حيث شدّة أثره، ومنها ايودوبين (Iodqpin) وأيودوچنيول (Iodogenol Pepin) .

وكذلك ظهرت مركبات فى شكل حقن مثل حقن تيودين (Tiodine) وحقن انديودين (Endiodine) ونيور يودين (Neo Rhiodine) واليود الغروى (Collosol Iodine)، وهذه تعطى إما فى الوريد أو فى العضل . واليود الغروى مصنوع بنسبة ($\frac{1}{500}$) ويمتاز بعدم ظهور عوارض التسمم لليود عقب استعماله، كما أنه يمكن أن يستعمل عن طريق الفم أو الحقن فى الوريد أو العضل، وله ميزة خاصة، لا يضارعه فيها مركب يودى آخر، فى حالات الشلل النصفى أو الوجهى المسبب عن الزهرى . وقد ظهر من استعماله فى السنوات الأخيرة فى مستشفياتنا فى حالات الشلل ما يشجعنا على الاستمرار فى استعماله، ليس فى هذه الأحوال فحسب، بل فى جميع مظاهر الزهرى العصبى . ومن الغريب أنه يمكن أن يستعمل

بمقادير كبيرة فى الوريد (١٠٠ أو ٢٠٠ سم٣) دون أن يتأثر المريض أو يظهر عليه عوارض . وفى حالات الشلل التى استعملناه فيها يعطى المريض (١٠٠ سم٣) فى الوريد فى اليوم الأول والثانى والثالث والرابع ، ثم نقف الحقن به يومان ، ثم نعيده لمدّة أربعة أيام أخرى، ثم نقف الحقن به يومين آخرين ونعيده لمدة أربعة أيام أو ثلاثة . وفى خلال هذه المدة يظهر على المريض تحسن محسوس فيه، وبالطبع تعطى معه مركبات قاتلة للاسبيروكيت مثل المركبات الزرنيخية أو البزموتية .

عوارض التسمم المسببة عن استعمال مركبات اليود (Iodism) — يختلف المرضى من حيث استعدادهم لظهور عوارض اليود التسممية عليهم ، وتظهر تلك العوارض فى الأكثر على المرضى الذين يتعاطون اليود بكميات مصغرة مددا طويلة . وأهم تلك المظاهر التسممية : الزكام (Coryza) والطفح الجلدى ، وعلى الخصوص بالوجه ، ومن الغريب أن العوارض تزول اذا استعمل اليودور بكميات كبيرة .

الزكام — يظهر الزكام بدرجات متفاوتة فى الأشخاص الذين يستعملون المركبات اليودية ، وهو لا يختلف عن الزكام العادى الناشئ عن التعرّض للبرد ، غير أنه يمتاز بكثرة الإفرازات المائية من الأنف ، وفى الحالات الشديدة تتورّم العينان وتحتقنان ، ويشكو المريض من صداع شديد ، وإفراز شديد من الأنف والتهاب بالزور . وبالاختصار يظهر عليه عوارض تشابه عوارض الانفلونزا ، وقد تظهر فى حالات نادرة عوارض أديما الرئتين ، وهذه العوارض كلها تتلاشى فى مدى بضعة أيام اذا أوقف تعاطى اليودور .

الطفح الجلدى — أهم أنواع الطفح الجلدى هو الطفح الشبيه بالأكنا (Acneiform eruption) حيث تظهر بثور متناثرة فى الجسم ، وقد يظهر فى بعض حالات طفح تقيحى أو طفح يشابه الروبيا الزهرية ، وقد توجد صعوبة فى تمييز الطفح الأخير عن الطفح الزهرى ، غير أن هذا الطفح سرعان ما يتلاشى عند وقف استعمال المركبات اليودية .

أما الفوارق الإكلينيكية بين الطفحين فهى : (١) سرعة ظهور الطفح التسممى اليودى حيث ينتقل من دور البثرة الى الطفح التقيحى، ثم الى الروبية فى بضعة أيام، بينما فى حالة الزهرى يأخذ نفس الطفح وقتا طويلا فى الانتقال من دور الى آخر . (٢) يحيط بالطفح المسبب عن التسمم باليود هالة التهابية حمراء، بينما يحيط بطفح الزهرى دائرة نحاسية اللون . (٣) لا يوجد رشح نسيجى مستمر حول قاعدة الطفح الناشئ عن التسمم باليود، كما هى الحال فى الطفح الزهرى، وقد يأخذ الطفح التسممى باليود مظهر طفح درنى مستدير ومستطيل وبارز عن السطح، وأكثر الأجزاء تعرضا لهذا النوع من الإصابة هو الوجه، وقد يأخذ الطفح مظهر فقاقيع (Bullous) متسعة تشمل جزءا كبيرا من الوجه والذراعين، كما قد يظهر فى بعض حالات طفح فرفورى (Purpura) فى مقدمة الساقين .

فعل المركبات اليودية — تمتص المركبات اليودية الورم الصمغى، لأن فعلها يعادل المواد المضادة للتخمر (Neutralization of antiferments) التى تمنع الذوبان الذاتى وامتصاص الأغشية الميتة، فبذلك تصبح اللولبيات الزهرية (الاسبيروكيتا) معرضة لفعل الأدوية القاتلة .

مركبات الكبريت

تستعمل المركبات الكبريتية المختلفة، إما على انفراد أو باتحادها مع المركبات اليودية، فى علاج الزهرى القديم، حيث تساعد على امتصاص وإفراز مركبات الزئبق والزرنيخ، ويعتقد ماكدونا أن الكبريت ينظم الفعل الاختزالى فى الجسم، ويساعد على تلاشى الفعل التأكسدى الناشئ من استعمال كميات كبيرة من الزرنيخ والزئبق، لذلك فهو يستعمل فى الحالات التسممية الناشئة من تراكم الزرنيخ والزئبق بالجسم .

وقد كان الكبريت يستعمل منذ مئات السنوات فى علاج الأمراض المزمنة على العموم، وفى الزهرى على الخصوص، وما زال الأطباء يصفون للمرضى أخذ المياه الكبريتية واستعمال الحمامات الكبريتية .

ومن المركبات الكبريتيـة الشائعة الاستعمال الانترامين ، وهو شائع الاستعمال فى العيادات الحكومية، وهو مكوّن من محلولين (١ و ٢) ، فيؤخذ (٢ سم٣) من الأوّل ، و يضاف على (١ سم٣) من الثـانى ، فيتحوّل الى محلول أصفر اللون غير رائق يمكن حقنه فى الألية ، وهو يسبب قليلا من الألم للمرضى ، لذلك استبدل به أخيرا مركب كنترامين (Contramine) ، وهو مجهز فى أنابيب سـعتها (١ سم٣) أو (٢ سم٣) ، و يمكن حقنه فى العضـــل أو الوريد دون أن يشـعر المريض بألم يذكر .

ومن المركبات المستعملة أيضا مركب تيودين (Tiodine) وهو مجهز فى أنابيب سعة الواحدة (١ سم٣) ، و يستعمل مثل الكنترامين فى العضل ، والشائع استعماله فى عياداتنا الآن هو مركب ثيوسلفات الصودا (هيبوسلفات الصودا) فى حالات التسمم الناشئة عن حقن (٩١٤) حيث يذاب جرام فى (٥ سم٣) من المـاء المقطر ، ثم يغلى المحلول ، وبعد التبريد يحقن فى الوريد أو العضل بمعدّل حقنتين فى الأسبوع . ومما لا شك فيه أن عوارض الالتهاب الجلدى الزرنيخى الشديدة أو اليرقان يتلاشى بسرعة عقب استعمال (٤ أو ٥) حقن من المحلول المذكور .

عدم احتمال المركبات الزرنيخية

يهمنا جدا معرفة المظاهر التسممية الناتجة من اسـتعمال مركبات السلفرسان أو النيوسلفرسان ، وهذه المظاهر تتوقف على كيفية إعداد المريض للعلاج والكيفية التى يحقن بها ، وعلى الحالة الصحية التى عليها المريض . أما كيفية إعداد المريض للعلاج فقد سبق الكلام عليها عند شرح مركبات (٩١٤) ، وكذلك سبق أن شرحنا الكيفية التى يحقن بهـا فى نفس الباب . أما الحالة الصحية للمريض المعالج فيجب أن يكون المريض غير مصاب بأمراض مزمنة مثل مرض أديسون ، والبول السكرى القـديم ، والالتهاب الكلوى غير المسبب عن الزهرى ، والآفات القلبية الشديدة مثل اللغط المصحوب بتضخم أو تمدّد فى القلب ، أو المصحوب بأوذيما ،

وكذلك إصابات الكبد مثل التضخم أو الالتهاب أو اليرقان أو الخراج الكبدى ، كذلك السل الرئوى المتقدم والإدمان على المسكرات . على أنه علاوة على عدم وجود هذه الاصابات الظاهرة فانه يجب على الطبيب المعالج فحص المريض جيدا ، والمبادرة بعلاج الاصابات العادية الأخرى ، مثل نخر الأسنان ، وتقيح اللوزتين ، والامساك المزمن وغيرها .

التأثيرات الناتجة عن استعمال المركبات الزرنيخية :

إن أكثر ما يحدث من رد فعل أو مضاعفات بسبب المركبات الزرنيخية الوريدية ينتج عن عدم استعمال الدقة الكافية فى حقن هذه المركبات ، مثل حقن الدواء تحت الجلد بدلا من حقنه فى الوريد ، كما أن حقن الدواء العضلى قريبا من أفرع عصبية يسبب ألما شديدا للمريض قد يقعده عن مزاولة عمله . ومن المستحسن دائما إعطاء المريض الحقنة وهو ملق على ظهره حتى يأخذ الجسم راحته الطبيعية ، وحتى تقل بقدر الامكان المضاعفات السريعة التى تحصل عقب حقن الوريد . وغير خاف ما للنظافة وتعقيم الإبر من الأهمية وعدم شكوى المريض من ألم عقب الحقنة فى الوريد . على أن هناك فريقا من المرضى ، رغم العناية الكبيرة التى تبذل فى تحضير الدواء وفحصهم فحصا جيدا ، يتأثرون بسرعة من الحقن الوريدية ، وتظهر عليهم مضاعفات سريعة بعد الحقنة مباشرة ، وهؤلاء يستحسن أن تستبدل بالحقن الوريدية فى علاجهم حقنا عضلية ليكون الامتصاص أبطأ ، والتأثير المباشر على الدورة الدموية أقل منه عند استعمال الحقن الوريدية .

ومع كل فهناك فريق قليل من المرضى الذين يتأثرون بسرعة من الحقن الزرنيخية يتأثرون أيضا إذا استبدلت عقب البزموت أو الزئبق . أما عن عدم احتمالهم الحقن الزرنيخية والتأثيرات المباشرة الناتجة من استعمالها فيرجع الى أحد سببين : إما شدة تأثير الزرنيخ فى الدورة الدموية (Vasodilatation) ، وإما مظهر الاصابة الزهرية نفسها وتهيجها عند استعمال (٦٠٦) أو (٩١٤) .

ويمكن تقسيم التأثيرات الناتجة عن استعمال الحقن الزرنيخية الى قسمين :

(١) تأثيرات سريعة — تحصل أثناء إعطاء الحقنة أو فى خلال الأربع والعشرين ساعة التالية لها .

(٢) تأثيرات متأخرة — تختلف فى وقت ظهورها من بضعة أيام الى شـــهور .

التأثيرات السريعة — من التأثيرات المعتاد ظهورها أثنـاء إعطاء حقنة (٦٠٦) أو (٩١٤) : القئ الشـديد ، والرعشة ، واصـفرار البشرة ، والصـدمة الدموية (Syncopy) ، وازدياد ضربات القلب ، وسرعة التنفس . وأخطر هـذه جميعا التمدّد الوعائى (Vasodilatation) . وقد صادفت حالات تورّم فيهـا الوجه وجفن العينين مع احتقان الملتحمة ، كل ذلك والحقنة لمـا تخرج من ذراع المريض ، وهذه إحدى مظاهر التمدّد الوعائى (Vasodilatation) . ومن السهل علاج مثل هذه الحالة بإعطاء المريض حقنا عضلية من الأدرنالين (½ سم^3) أو (١ سم^3) . وقد حدث أن شاهدت بعض حالات سقط المريض فيها فجأة على الأرض أثنـاء حقنه ، واحتقن وجهـه وأخذ يشكو من آلام ظهرية قطعية ، كما صادفت حالات كان أهم المظاهر فيهـا تهيج المريض ، وهـذا يشـير الى تأثير الحقنـة فى المراكز العصبية بالمخ .

أما التأثيرات المعتاد ظهورها فى خلال الأربع والعشرين ساعة التالية لأخذ المريض الحقنة الوريدية فأكثرها حدوثا الصداع ، فهو يستمر مدّة يوم أو يومين ثم يتلاشى ، وقد يحدث أن يصاب بعض المرضى برعشة بعد بضع ساعات من أخذ الحقنـة ، وخصوصا اذا أجهد أحدهم نفسه عقب الحقن مباشرة ، كما أن بعض المرضى يقئ ويصـاب بإسهال ، وقد يتورّم الوجه أو اليدان أو القدمان ، وسبب أكثر هـذه التأثيرات كما ذكرنا عدم إعداد المريض على الوجه الأكمل أو عدم العناية فى الحقنة ، بأن تكون الحقنة مركزة ، أى مذابة فى كميـة قليلة من المـاء ، أو تعطى للمريض بسرعة ، فان ذلك يجعله عرضة للتأثيرات المذكورة .

على أن أكثر هذه العوارض أهمية هى التأثيرات الناتجة عن تمدّد الأوردة، وسميت هذه العوارض (Anaphylactoid) لمشابهتها لعوارض الصدمة (Anaphylactic shock) وهى سرعة النفس وضيقه ، وسرعة ضربات القلب مع ضعفها ، واحتقان الوجه والشفتين ، وتساقط الدموع . أما سبب هذه العوارض فغير مجمع عليه، والرأى السائد أنها نتيجة لتمدّد الأوعية الدموية الصغيرة، مع إصابة الغشاء المبطن لها؛ ويرى بعض المحبذين لهذا الرأى أن سبب تمدّد الأوعية وجود راسب من المركب الزرنيخى فى الدورة الدموية، ويستدلون على ذلك بحدوث هذه المظاهر عقب استعمال مركبات مركزة، أو وجود كمية من المسحوق غير مذابة وقت عمل الحقنة . ويذهب بعض الأساتذة الى اعتبار هذه العوارض نتيجة لتغيير فى مصل المريض ، وأن هناك علاقة بين مركبات (٩١٤) وبين الغدّة فوق الكلية ، و يعللون ذلك بالتحسن الذى يظهر على المريض المصاب بهذه العوارض عند حقنه بالأدرنالين .

والظاهر أن العوارض المذكورة تنشأ عن جملة عوامل مجتمعة، وهذا ما لم نصل اليه بعد بالدقة .

فاذا اعتبرنا أننا فى العيادات المجانية نحقن أكثر من مائة مريض يوميا بمركبات (٩١٤)، ولا نصادف من بين هذه الحالات أكثر من حالتين أو أربع فى كل شهر تلمس فيها هذه العوارض المذكورة، تبين لنا قلة هذه الحوادث، وخصوصا اذا اعتنى بفحص المريض، وإعطائه الدواء مخففا، ومذابا جيدا فى ماء مقطر دفعتين ، ومعقما قبل الحقنة مباشرة .

واذا صادفنا مريضا شديد الحساسية والتأثر، وتطرق الينا الشك فى احتمال حصول عوارض سريعة إثر إعطائه حقن (٩١٤) بالوريد ، فمن الواجب بعد فحصه جيدا إعطاؤه حقنة من الأدرنالين ($\frac{١}{١٠٠٠}$) بمقدار (١ سم^{٣}) تحت الجلد أو فى العضل ، وذلك قبل حقنه بحقنة (٩١٤) ببضع دقائق . ومن الجائز استعمال الأتروبين حيث نحقن (ربع ملليجرام) تحت الجلد قبل إعطاء المريض الحقنة

بنصف ساعة . ومن الممكن استعمال أدوية أخرى للوقاية ، ولكن ما ذكر فيه الكفاية ، ويمكن أن نعوّل عليه فى جميع الحالات . واذا ظهرت العوارض السريعة التأثير عقب الحقنة فالعلاج فى هذه الحالة حقن المريض بحقنة الأدرنالين (١ سم٣) ، حقنة كل ساعتين أو أربع ساعات حسب درجة الاصابة شدّة وضعفا ، وأمثال هؤلاء المرضى يجب علاجهم بالحقن العضلية بدلا من الحقن الوريدية .

بقى علينا أن نصف مضاعفة نادرة قد تحصل للمريض فى خلال الثمانى والأربعين ساعة التالية لحقنه بحقنة (٩١٤) ، وهى حالة خطرة وقد تكون مميتة . وتسمى بالسكتة المخية المصلية (Serous apoplexy) ، وهذه الحالة لا تحصل عادة إلا عقب الحقنة الثانية أو الثالثة من حقن (٩١٤) ، ويطلق عليها بعض الأطباء اسم (Hoemorrhagic encephalitis) أوالتهاب الدماغ الدموى ، وعوارضها احتقان مع أوذيما فى الوجه وقىء وضيق فى التنفس وتشنجات صرعية (Epileptiform convulsions) و إغماء . ويعلل بعضهم حدوث هذا بوجود مادة تسممية مؤكسدة فى مركب الأرسينوبنزول (٩١٤) ، كما يعللها الآخرون بعدم وفرة كمية الأدرنالين فى الدم . ويرى ما كدونا أن الاصابة نتيجة الحالة المرضية الزهرية وليست نتيجة فعل النيوسلفرسان ، كما يتمسك بعض الأطباء بأن السبب فيها هو الادمان على المسكرات ، حيث تكون الأوعية الدموية الصغيرة فى حالة مرضية بسبب فعل الكؤول . ويعتبر ما كدونا أن السبب فى حصول هذا عقب الحقنة الثانية عادة كون الحقنة الثانية تعتبر كمادة تسممية (Anaphytoxin) . وهذه تحدث شللا فى الأعصاب القابضة للأوعية (Vasoconstrictor nerves) ، وتكون نتيجة ذلك تمدّد أوعية المخ ورشح الدم وأوذيما المخ .

العلاج — نحقن المريض حقنة أدرنالين فى العضل (١ سم٣ $\frac{١}{١٠٠٠}$) حقنة فى كل أربع ساعات ، ثم نجرى عملية فصد دم من المريض (Venesection) من أحد الأوردة بمقدار ($\frac{١}{٢}$ لتر) ، وبعد ذلك نعمل له بذل نخاع ، ونسيل نحو

(٢٠ سم٣) من السائل . وقد يحتاج الأمر الى منبه للجهاز التنفسى مثل الكافيين . ولم أصادف أنا سوى حالة واحدة استعملت لها الطرق المذكورة وأعطى المريض منها خمس حقن أدرنالين فى خلال خمس ساعات، وتغلب المريض أخيرا على الاصابة.

والانذار سيئ فى معظم هـذه الحالات لصعوبة تشخيصها وخلطها مع نزيف المخ العادى ، أو مع التسمم الكلوى (Uraemia) ، وهـذه الاصابة مع الأسف لا توجد طرق للوقاية منها ، وهى تصيب الرجل الصحيح البنية الكامل القـوة الجسمانية ، كما تصيب الضعيف المنهوك القوى على السواء . وعند مصادفة الطبيب لحـالة مشابهة يجب ألا يعطى المريض فى المستقبل حقنا زرنيخيـة لا فى الوريد ولا فى العضل، ويمكن استعمال إحدى مركبات البزموت أو الزئبق بدلا منه .

التأثيرات أو العوارض المتأخرة :

ملاحظات عامة — يتصادف أن يعـرّض المريض لعلاج طويل مكوّن من حقن متعدّدة من مركبات الأرسينو بنزول (٩١٤)، وهـذا العلاج الطويل له مساوئه من حيث فقـدان الشهية، والشعور بالخمول والضعف العـام ، واصفرار الوجه . فاذا صادفنا مريضا يعالج بالمركبات الزرنيخية وظهرت عليه هذه العوارض التى تشير الى مبادئ تسممية للزرنيخ، فمن الواجب وقف العلاج الزرنيخى وإعطاء المريض راحة كافيـة من العلاج تتراوح بين شهر وثلاثة شهور، كما يجب المبادرة إلى إعطائه أدوية مقوّية مثل إحدى مركبات الحديد (صبغة فوق كلورور الحديد ٥ نقط بعد الأكل ٣ مرات فى اليوم) . وأهم العوامل التى تدفع الطبيب الى إعطاء علاج زرنيخى مطوّل هى الحالات النادرة مثل الزهرى الوراثى بعد سنّ الثلاثين ، أو الزهرى الذى يرجع عهـده مثلا الى عشرين سنة مضت ، والتى يستمر تفاعل الوسرمان فيها إيجابيا رغم إعطاء أدوار متعدّدة من العلاج. وقد دفعتنى إصابة مريض فى عيادتى الخاصة الى إعطائه (٠,٩٠ جرام) من (٩١٤) دفعة واحدة بضع مرات، وقد تمكنت حقيقة من تحويل تفاعل الوسرمان الايجابى الى سلبى، ولكن المريض

أصيب بالتهاب جلدى شديد عولج فى عيادتنا مدة شهر بحقن ثيوسلفات الصودا ، وقد اطمأن المريض لما حصل له فى سبيل تحويل دمه الى الحالة السلبية ، إلا أنى مع ذلك أفضل السير فى العلاج ببطء بدلا من المجازفة التى قد تودى بحياة المريض .

الزلال — يجب ملاحظة بول المريض المعالج من الزهرى من جهة وجود زلال أو عدمه . والواقع أن وجود آثار زلال عقب الحقنة الأولى لا يشير مطلقا الى وقف العلاج وإنما يشير الى اتخاذ الاحتياطات من حيث تقليل الكمية المعالج بها ، وتنظيم علاج الكلية . ولكن ما يجب الاهتمام به هو وجود كميات كبيرة من الزلال على إثر إعطاء كمية كبيرة من الحقن ، لأن ذلك يدل دلالة واضحة على الفعل التسممى للأرسينو بزول على الكليتين ، و يزداد الفعل التسممى باستعمال الزئبق أو البزموت مع الأرسينو بزول .

العــلاج — يجب وقف العلاج بالمركبات الزرنيخة أوالزئبقية أوالبزموتية ، مجتمعة أو منفردة . ويجب تقدير كمية الزلال لمقارنتها بنظيرتها بعد وقف العلاج ، كما يجب البحث ميكرسكوبيا عن وجود خلايا كلوية أو كرات دموية مما يشير الى التهاب الكلية . ثم نبدأ بإعطاء المريض سوائل مائية ، ويجب أن يقتصر طعام المريض على اللبن ، وألا يتعاطى طعاما آخر لمدّة أسبوعين ، ولا خطر من ذلك مطلقا . وقد جربنا ذلك على مرضى كثيرين فتحسنت حالة الكليتين ، وفى كثير من الأحوال كان الزلال يتلاشى تماما . وفى هذه الحالات التى يتلاشى فيها الزلال عقب العلاج الطبى يمكننا أن نقطع بأن العلاج هو سبب ظهور الزلال ، وفى هذه الحالة يمكننا أن نرجع لاستعمال الحقن بكميات مصغرة ، ونكتفى باستعمال العلاج بحقن (٩١٤) ويجب أن نوقف الزئبق والبزموت لشدّة فعلهما فى الكليتين .

أما اذا وقفنا العلاج بالحقن ولم تتأثر كمية الزلال ، رغم العلاج الطبى السابق ، فهذا يدل على أن العلاج لم يكن السبب المهم فى وجود الزلال . وفى الأكثر يعتبر الزلال فى هذه الأحوال إحدى مظاهر زهرى الكليتين ، وعلى ذلك يجب علينا أن نقدر كل حالة حسب ظروفها . وإذا صادفتنا حالة يتبين منها أن الزلال إحدى

مظاهر الاصابة الزهرية فعلينا أن نضيف لها كميات مصغرة من حقن النيوسلفرسان مع ملاحظة حالة البول عقب كل حقنة ، وزيادة الكمية المعطاة بالتدريج اذا تبين أن الزلال آخذ فى القلة ، كما يجب أن نقتصر فى علاج مثل هذه الحالات على نوع واحد من الحقن وليكن النيوسلفرسان .

الالتهاب الجلدى (Dermatitis) — يظهر على عدد ليس بالقليل فى خلال العلاج بالحقن الزرنيخية أو عقبها التهابات جلدية ليس من السهل معرفة سببها بالدقة لأن الطفح قد يكون مظهرا للاصابة الزهرية وأنه يظهر أثر تهييج الاصابة بالحقن ، كما قد يكون نتيجة استعداد خاص فى المريض عند أخذه كمية ولو صغيرة من الزرنيخ أو قد يكون بسبب تسمم المريض أثر أخذه كميات كبيرة من الزرنيخ .

وسأبحث الآن حال المرضى الذين لا يحتملون كميات ولو صغيرة من الزرنيخ . من المرضى من يتأثرون دائما بالتهابات جلدية لأسباب عديدة ، وأهم هذه الأسباب وجود مراكز تقيحية مزمنة مثل تقيح الأسنان أو اللوزتين أو الأنف أو الأذن أو الرحم أو البوق أو المبيض ، فاذا أخذ أمثال هؤلاء المرضى كميات ولو صغيرة من الزرنيخ ظهرت عليهم عوارض طفح جلدى لا تظهر على المريض العادى ، ومما يزيد فى ظهور الطفح الجلدى إدمان المريض على المسكرات ، أو أن يكون المرضى سريعى التأثر أو التهيج ، على أن عوارض الالتهاب الزرنيخى يمكن أن تظهر على المرضى غير المصابين بالزهرى ، مما يشير الى أن الاصابة الزهرية ليست سببا لظهور الطفح الجلدى الالتهابى . وقد لوحظ أن زيادة الجرعة فى العلاج ليست السبب الوحيد فى ظهور الطفح والتهاب الجلد ، فقد شاهدنا مرضى عديدين تظهر عليهم عوارض الالتهاب الجلدى الزرنيخى عقب الحقنة الأولى أو الثانية من (٩١٤) . على أن المعتاد هو ظهور العوارض الجلدية الزرنيخية التسممية بعد الانتهاء من العلاج بكمية كبيرة من الزرنيخ ، وذلك بنحو شهر أو أكثر من وقف الحقن الزرنيخية ، وفى هذه الحالات تكون عوارض الالتهاب الجلدية شديدة وقد يصحبها تقشير طبقات الجلد (Exfoliation) .

وأولى العلامات التى يجب أن تلفت نظـر الطبيب الى ابتداء ظهور الالتهاب الجلدى هى الحكة فى باطن اليدين وأعلى القدمين والساقين ، ويمكن وقف المظهر الالتهـابى الجلدى اذا عنى الطبيب بوقف الحقن الزرنيخيـة وإعطاء المريض مع العلاج حقنا أخرى لازمة لوقف هذا المظهر مبكرا .

وصف المظهر الالتهابى الجلدى :

يبدأ المريض بالحك فى باطن اليدين وأعلى القـدمين كما شرحنا ، ثم يظهر على الجسم احمرار فى الجلد لا يلبث أن يتحول الى بثور متورّمة ، بعد ذلك يجف سطح هـذه البثور ويعقبه سقوط طبقات قشرية منها ، وهـذه الحالة قد تكون بسيطة بحيث تظهر فى الساقين أو القدمين ، وقد تكون شـديدة فتشمل الجسم بأكمله . وقـد صادفتنى حالة أخذت علاجا كاملا من حقن (٩١٤) وبعـد بضعة أسابيع تورّم الوجه والكفان وأصـبح جلد الجسم بأكمله فى حالة تورّم وتقشـير ، وقد بدأ فى شكل أبيض ناصع ، واحمرّت ملتحمة العينين ، وأصيب المريض بنزلة شعبية ، وشكا من الأرق بسبب شدّة الحكة التى سببت تشققا فى ثنايا المفاصل ، وخصوصا أصابع الكفين وخلف الركبتين . والغريب أنه مع شدّة الاصابة الجلدية فان أعضاء الجسم الرئيسية ، مثل القلب والكلية والكبد ، من النادر أن تصاب بتغيير باثولوجى يذكر ، اللهم إلا ظهور صفرة فى العينين فى بعض هذه الحالات ، وأثر قليل للزلال فى البعض الآخر . واذا أعطى المريض العلاج الذى سنصفه بعد فان حالته تأخذ فى التحسن ، ومن النادر أن تنتهى الاصابة بالوفاة إلا اذا طرأت على المريض مضاعفات بالرئتين مثل الالتهاب الرئوى .

العـــلاج :

(١) نقف عن إعطاء المريض جميع العلاجات النوعية للزهرى سواء كانت مركبات زرنيخية أو زئبقية أو بزموتية .

(٢) يعطى المريض مسهلا مثل فنجانين من المزيج الأبيض أو (٣٠ جراما) من سلفات الصودا .

(٣) ننصح المريض بعدم عمل مجهود جسمانى، ويستحسن أن يلازم الفراش طـــويلا .

(٤) توضع كمية من (الرّدّة) على ماء فاتر، ثم تعمل للمريض مكمدات من ماء (الردّة) الفاتر .

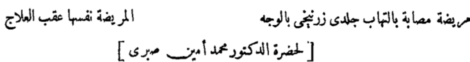
(٥) يعطى المريض فى الوريد جراما من ثيوسلفات الصـودا مذابا فى (١٠ سم٣) من المـاء المقطر، ويغلى المحـلول ثم يبرد، وتكرر الحقنة كل يومين حتى يأخذ المريض من (٥ الى ٧ جرامات) حسب درجة الاصابة قوة أو ضعفا .

(٦) يأخذ المريض مسحوق كبريت العمود بمعدّل ملعقة صغيرة بعد الطعام ثلاث مرات فى اليوم .

(٧) واذا أمكن فيستحسن أن يأخذ المريض حمامات كبريتية مثل ماء عين الصيرة، أو الحمامات الكبريتية بحلوان .







مريضة مصابة بالتهاب جلدى زرنيخى بالوجه

المريضة نفسها عقب العلاج

[لحضرة الدكتور محمد أمين صبرى]

(٨) يمكن أن يحل الكنترامين والتيودين محل ثيوسلفات الصودا، غير أنهما أقل تأثيرا من الأخير، ويمكن الالتجاء إليهما فى حالة عدم وجوده .

(٩) ويمكن أن يدهن الوجه ، إن كان به التهاب بماء النشا الفاتر ليقلل من شدّة التهابه واحمراره .

وقد لوحظ أن المرضى المصابين بالزهرى ، وتطرأ عليهم مضاعفة شديدة من الالتهاب الجلدى ، قد يتحوّل تفاعل الدم لوسرمان من إيجابى الى سلبى تحوّلا وقتيا أو لمدة طويلة ، أما السائل النخاعى فلا يتأثر فيه التفاعل لوسرمان بشدّة الالتهاب الجلدى .

ما يجب أن نتبعه فى علاج الزهرى عند المرضى الذين أصيبوا بالتهاب جلدى زرنيخى

عند علاج مريض بالزهرى أصيب سابقا بالتهاب جلدى زرنيخى يجب عدم التفكير فى إعطائه مستقبلا حقنا وريدية من مركبات الأرسينوبنزول ، ويصح أن نفكر فى إعطائه مركبات عضلية مثل سلفرسينول ، على أن يكون المقدار الذى يعطى له مصغرا .

وإنى شخصيا أفضل وقف المركبات الزرنيخية على الاطلاق (وريدية أو عضلية) لمثل هؤلاء المرضى ، وأكتفى بعلاجهم بالمركبات الزئبقية أو البزموتية ، وفضلا عن ذلك فيجب إعطاء المريض حقنا كبريتية فى علاجه من الزهرى ، مثل حقن كنترامين أو تيودين .

اليرقان (Jaundice)

قد يطرأ على المريض المعالج بحقن النيوسلفرسان يرقان ، إما خلال علاجه أو بعد فترة من انتهائه . وكما ذكرنا فى سبب وجود الزلال البولى نكرر فنقول بأنه لا يمكننا أن نبت فيما اذا كان اليرقان مظهرا تسمميا لمركبات الأرسينوبنزول ، أو مظهرا للاصابة الزهرية ، وخصوصا إذا لاحظنا أن عددا كبيرا من المرضى يطرأ عليهم اليرقان بعد مضى بضعة أسابيع من انتهاء مركبات الأرسينوبنزول . وقد اهتمت الدوائر الطبية البريطانية أخيرا بهذا الموضوع ، وكتب مقال فى المجلة الزهرية

البريطانية سنة ١٩٣٢ فى العدد الرابع ، تبين منه عدم إمكان البت بصفة قاطعة بالطرق الكيمائية والاكلينيكية فى سبب ظهور اليرقان فى المرضى المصابين بالزهرى .
وقد لاحظنا أن ظهور اليرقان يزداد فى بعض الفصول ويقل فى الأخرى ، كما يزداد عند انتشار إحدى الحميات ، مثل الأنفلونزا أو الدنج أوغيرهما ، وقد يمرعلىّ فى مستشفى الأمراض الزهرية نحو ستة شهور أو ثمانية لا أرى فيها مريضا واحدا مصابا بالزهرى يشكو من اليرقان أثناء العلاج أو بعده . فلو كان اليرقان مسببا عن مركبات الأرسينو بنزول وحدها لأبصرت مرضى عديدين تطرأ عليهم هذه المضاعفة ، وخصوصا اذا تبين لنا أن المستشفى الحكومية قد تعطى ما يقرب من ألف حقنة من مركبات الأرسينو بنزول فى الشهر الواحد .

على أنه من الأسباب المساعدة على حدوث اليرقان أثناء إعطاء حقن الأرسينو بنزول وجود بؤرة تسممية مزمنة فى الأمعاء ، مثل النزلات المعوية أو الامساك المزمن . ولما كان الزرنيخ تفرزه الأمعاء ، لذلك يزداد الالتهاب و يمتد حتى يصل الى الكبد ، فيسبب اليرقان النزولى (Catarrhal Jaundice) . وعلى ذلك فالمركبات الزرنيخية تسبب اليرقان فى حالة وجود بؤر تسممية معوية مزمنة . ولما كان يهمنا معرفة استعداد المريض لاصابته باليرقان ، لذلك نعتمد على فحص حمرة الصفراء (Bilirubin) فى الدم بطريقة فان دن برج (Van Den Bergh) فإن كانت زيادة عن المعتاد اعتبرت انذارا لحدوث اليرقان .

الوصف التشريحى للكبد فى حالات اليرقان — يصغر حجم الكبد كما يقل فى الوزن عن الكبد المعتاد ، وكلما قل وزنها دل ذلك على تقدّم النكروز (necroses) بها ، وقد نعثر فى الكبد على بقع ذات لون أخضر واضح ، وعلى أخرى ذات لون أحمر ، وكلا اللونين يعتبر مظهرا للاستحالة الدهنية الحشوية . ففى البقعة الخضراء تكون الاستحالة جزئية ، وفى الحمراء تكون كاملة . و إذا فحصنا قطاعا تحت الميكرسكوب نجد بعض خلايا الكبد فى حالة استحالة بسيطة بينما الأخرى تتحوّل الى استحالة دهنية تنتهى بالنكروز (necroses) . ونرى — غير ذلك — زيادة فى النسيج الضام بالكبد (cirrhosis) .

العــلاج — عند ظهور اليرقان أثناء تعاطى المريض حقن الأرسينو بنزول أو بعده يجب وقف العلاج بالحقن المذكورة، بل يستحسن وقف العلاجات النوعية الأخرى للزهرى، وإرجاؤها الى ما بعد زوال اليرقان بوقت كاف. و يعالج اليرقان بإعطاء المريض ملينات ملحية ، مثـل ملح أپسون أو ملح كارلسباد بمعدّل ملعقة صغيرة ثلاث مرات فى اليوم . والمعتاد فى مثل هذه الحال استعمال الوصفة القلوية الآتية — بحيث يأخذ منهـا المريض ثلاث جرعات كل يوم ، ومقدار كل جرعة ملعقتان كبيرتان قبل الطعام — :

	جـرام	
سـلفات الصودا	١,٠	تكرر نحو ١٥ مرة
فوسفات الصودا	١,٠	
بيكربونات الصودا	١,٠	
سلسلات الصودا	١,٠	
ماء لغـاية	٣٠,٠	

وكذا يمكننا أن نعطى المريض فى الوريد محلول جلوكوز (٥٪) بمقدار (١٠٠ سم٣) يوميا لمدّة ثلاثة أيام أو أربعة . و يمكننا أن نعطى المريض حقنا عضلية من الكنترامين أو التيودين بمعدّل حقنة كل ثلاثة أيام، و يكتفى بخمس حقن، كما يمكننا أن نعطيه حقنا من السيلوتروبين فى الوريد ، و بين الحقنة والأخرى يومان . كذا يمكن استعمال الحقن الجديدة المسماة أمفوتروبين (amphotropin) بمعدّل (٥ سم٣) فى الوريد و بين الحقنة والأخرى يومان . ومن المهم جدا ملاحظة أن الحـالات التى يحصل فيها يرقان أثناء أخذ حقن الأرسينو بنزول هى التى يعطى لها كمية كبيرة، مثـل (٠,٧٥ سم٣) مرة فى الأسبوع أو أكثر . وأنا أعتقد أن سبب قلة حالات اليرقان فى العيـادات الزهرية الحكومية الآن هو إعطاء المريض حقنتين من الأرسينو بنزول أسبوعيا بكميات مصغرة، وتكرارها فى فترات قصيرة، بحيث لا تؤثر الحقنة الواحدة فى إيجاد مرض بالكبد .

وإنى شخصيا أرى فى علاج المريض الذى يصاب مرة باليرقان أثناء إعطائه حقن الأرسينو بنزول الاكتفاء بإعطائه حقنا من الزئبق ، ولو إلى مدة أطول من المعتاد ، عند علاجه فى المستقبل؛ على أن يأخذ المريض راحة شهر على الأقل عقب الشفاء من اليرقان .

الفرفورية النزفيـة (Purpura Haemorrhagica) — صادفنا مرضى ضعاف البنيـة وكذا أطفالا فى نحو السابعـة أو الثامنة أصيبوا بالفرفورية النزفيـة فى الأغشية المخاطية . وقد عالجنا هؤلاء المرضى بحقن كالسيوم ساندوز فى العضل، وأبدلنا حقن الأرسينو بنزول بالبزموت أو الزئبق فى تتمة علاجهم .

عدم احتمال مركبات البزموت والزئبق :

سبق أن ذكرنا ما يجب اتخـاذه من الاحتياطات من الوجهـة التعقيمية فى إعطاء الحقن الوريدية والعضلية من الزئبق ومن البزموت، وكذلك ما يجب علينا من فحص حالة المريض من ناحيـة الكليتين والصحة العـامة ، وكذلك ما يجب اتخاذه من الاحتياطات فى إعطاء الحقن العضلية ، وأهمها عدم حقن المريض فى مكان العصب حتى لا يشـعر بألم يذكر ، وكذا التأكد من أن الإبرة لم تخترق أحد الأوعية الدموية ، قبل البدء فى تركيب الحقنة وحقن الدواء فى العضل . على أنه بالرغم من العناية الكافية ، قد يطرأ على المريض عوارض تنشأ من عدم احتماله المركبات الزئبقية أو البزموتية، وهذه العوارض هى :

(١) التهاب الفم (Stomatitis) — يظهر على بعض المرضى الذين يعالجون بالمركبات البزموتية أو الزئبقية استعداد لالتهاب لثة الأسنان عند أخذهم حقنا ولو مصغرة من أحد هذين المركبين، فتظهر نهاية اللثة عند تقابلها بالأسنان حمراء ومتورمة، وتؤلم المريض عنـد الضغط عليها، وقد يظهر دم أو قيح عنـد الضغط عليها؛ كما يسبب ذلك رائحة كريهة لفم المريض . وإذا اشتدت الاصابة فقد تتقرح اللثة بأكملها، كما تنطبع الاصابة على داخل الفم فى مقابل الأسنان ، ويتورم اللسان

ويزداد اللعاب . وقد تسقط الأسنان وينخر عظام الفك (necroses of Jaw). ونلاحظ فى حالة استعمال البزموت وجود خط أسود بزرقة على نهاية اللثة . على أن هذه العوارض كلها ممكن تلافيها، وكذا يمكن علاجها وقت حصولها . ويجب على كل مريض يعالج بهذه الأدوية أن يعتنى على وجه خاص بنظافة أسنانه، وأن يستعمل فرجونا (فرشة) ومسحوقا، مثل مسحوق الكربوليك (Carbolic Powder) أو مسحوقا من الفحم المخلوط بملح الطعام، أو يستعمل المعاجين المطهرة المشهورة فى الأسواق . وإذا كان مصابا بنخر فى الأسنان فيجب عليه خلعها أو علاجها عند طبيب أسنان، كما يجب الالتفات الى اللثة وعلاجها على يد طبيب مختص . وفى الوقت نفسه يمكن للمريض أن يستعمل غرغرة كلورات البوتاسيوم، أو غرغرة ماء الأوكسجين لتنظيف الفم وإزالة رائحته الكريهة . كما يجب أن تعالج تقرحات اللثة بالمس بإحدى المحلولات المطهرة، مثل الميركيوروكروم (١٠ ٪) أو صبغة اليود أوغيرها .

ويصح أن يعطى المريض حقنا وريدية من محلول ثيوسلفات الصودا (١٠ ٪) حقنة كل ثلاثة أيام، كما هى الحال فى التسممات الزرنيخية، وكذا يوقف استعمال الزئبق أو البزموت .

(٢) المضاعفات المعدية المعوية — هذه المضاعفات لا تحصل عقب استعمال المركبات البزموتية، كما أنها من النادر أن تحصل عند استعمال مركبات الزئبق غير الذائبة المستعملة حقنا فى العضل، وأكثر ما تكون حصولا عقب إعطاء مركبات الزئبق بطريق الفم، مثل حبوب الزئبق أو مسحوق الزئبق؛ لذلك يضاف إلى الأخير الطباشير وكذا الأفيون، يمنع حصول الإسهال الذى هو أهم تلك العوارض . ومن الجائز حصول الإسهال والمغص المعوى عند استعمال الزئبق بطريق التدليك (inunction) أو بطريق الحقن فى الأوردة . فاذا ظهرت عوارض الإسهال أو المغص وجب وقف العلاج بالحقن الزئبقية حتى تزول تلك العوارض تماما .

الالتهاب الكلوى والزلال — يؤثر كل من الزئبق والبزموت فى الكليتين المصابتين بالالتهاب الكلوى ، فيسببان زيادة فى كمية الزلال والخلايا الكلوية والكرات الدموية أو القيحية ، ولا يؤثران فى الكليتين السليمتين . وللزئبق تأثير أشد من البزموت على الكلية المريضة ، كما أن الاثنين أشد تأثيرا على الكلية من مركبات الأرسينو بنزول . لذلك يجب علينا أن نفحص الكليتين فحصا دقيقا قبل إعطاء أى علاج نوعى للزهرى ، وأن نقف العلاج حتى تحسن حالة الالتهاب الكلوى . كما أنه يلاحظ فى هذه الأحوال الاكتفاء بنوع واحد من العلاج ، فلا نجمع بين الزئبق والأرسينو بنزول ، أو البزموت والأرسينو بنزول :

عوارض أخرى — بعد إعطاء حقن البزموت أو الزئبق بفترات طويلة يطرأ على المريض بعض مضاعفات يصح الإشارة اليها ، وأهم هذه المضاعفات : الهزال والفتور وفقد الشهية وضعف القوى العامة ، مما يشير الى ضرورة وقف العلاج بهذه الحقن ، وإعطاء المريض مركبات من الحديد أو حقن فى العضل ، مثل سيروم فيروجينيه (Serum Ferruginex) أو سلفافيدا (Salva-Vidas) . ومن النادر أن يطرأ على المريض التهاب فى الأطراف (neuritis) بسبب الفعل التسممى لأملاح الزئبق أو البزموت ؛ وفى هذه الحالة يوقف العلاج بتلك الأملاح ، وتعالج الحالة حسب العوارض التى يشكو منها المريض .

أدوار العلاج

مقدّمة — يختلف الأطباء فى تقدير مقدار العلاج من حيث كميته والزمن الذى يعطى فيه وطريقة إعطائه . فبينما نرى البعض ينصح بإعطاء كميات كبيرة من حقن (٩١٤) من الابتداء ، اذا بآخرين ينصحون بإعطاء كميات مصغرة ، تعطى على فترات قصيرة . وقد جربت الطريقتين فى مستشفى الأمراض الزهرية الحكومية ، فاتبعت أوّلا طريقة إعطاء حقنة واحدة من (٩١٤) فى الأسبوع ، تبدأ بمقدار (٠,٤٥ جرام) فى الرجال و(٠,٣٠ جرام) فى النساء ، وتنتهى بمقدار (٠,٧٥ جرام)

فى الرجال و (٠,٦٠ جرام) فى النساء؛ ثم قارنتها بطريقة إعطاء حقنتين من (٩١٤) فى الأسبوع تبدأ بمقدار (٠,٣٠ جرام) فى الرجال ، ثم تكرر مرتين أو ثلاثا ، وتبدأ بمقدار (٠,١٥جرام) فى النساء تكرر مرتين ، ثم تبلغ نهاية الجرعة (٠,٦٠ جرام) فى الرجال و (٠,٤٥ جرام) فى النساء، ويعطى الرجال فى الدور الهجومى من العلاج نحو (٦ جرامات) من حقن (٩١٤) وللنساء نحو (٥ جرامات) مراعين فى ذلك الوزن المعتاد (الوزن المعتاد ٦٠ كيلوجرام) والسنّ ما بين (٢٠ و ٤٠) سنة، وبالطبع نجرى التعديلات حسب وزن المريض بحيث تزداد الكمية بزيادة الوزن كما تقل فى سن الكهولة .

وقد تبين أن الطريقة الثانية هى الطريقة المثلى الواجب اتباعها ، وذلك للأسباب الآتية :

(أوّلا) الطريقة الأولى تعرّض المريض للضاعفات السريعة أكثر من الثانية ، وفعلا قلت فى عياداتنا حوادث الصدمة الزرنيخية الناشئة عن تمدّد الأوعية (Vasodilatation) .

(ثانيا) الطريقة الأولى صحبتها مظاهر مضاعفات كبدية (اليرقان) وكلوية (الزلال البولى) أكثر من الطريقة الثانية، بسبب كبر كمية الحقنة المعطاة فى الدفعة الواحدة .

(ثالثا) تبين من متابعة نتيجة العلاج بالطريقتين ، وذلك بفحص الحالة الإكلينيكية قبل العلاج وبعده، وفحص الدم بطريقة وسرمان، وكذا فحص السائل النخاعى فى بعض الأحوال — أن الطريقة الثانية أشد أثرا على الاسبيروكيتا من الطريقة الأولى، وربما كان السبب فى ذلك تشبع الدم بانتظام بالحقن الزرنيخية فترات طويلة عند إعطاء المريض حقنتين مصغرتين فى الأسبوع بدلا من إعطائه حقنة كبيرة دفعة واحدة .

(رابعا) الطريقة الثانية تمكننا من علاج حالات زهرى القلب (فى حالة تكافؤ القلب وعدم وجود إصابة متقدّمة) والأحشاء ، لأنها تعطى المريض جرعا

مصغرة لا تؤثر على سلامة تلك الأعضاء، بخلاف الطريقة الأولى فلا يمكن اتباعها في تلك الأحوال . هذا من جهة كيفية استعمال الحقن الزرنيخية فى العلاج . ويجب ألا ننسى أن كل مريض يجب علاجه حسب دور الإصابة ، فالمريض فى الدور الابتدائى السابق لدور الانتشار لا يستمر علاجه الى نفس المدّة التى يجب أن يعالج فيها مريض مصاب بزهرى ثانوى أو ثلاثى أو عصبى، من أجل ذلك رأيت أن خير تقسيم يشرح القواعد التى يجب أن يبنى عليها علاج المريض المصاب بالزهرى المكتسب هو كالآتى :

(١) حالة المرضى الذين يحضرون الينا مبكرين ظانين أنهم مصابون بالزهرى لمخالطتهم مريضة مشتبه فى إصابتها دون أن تظهر عليهم بعد قرحة ، ويظهر من تحليل دمهم لوسرمان أنه سلبي .

(٢) علاج المرضى الذين يحضرون الينا بعد ظهور القرحة الزهرية ويتبين من فحصها إكلينيكيا أنها قرحة زهرية أوّلية ، ومن فحص مصل القرحة وجود الاسبيروكيتا باللبدا، ويتبين من فحص الدم لوسرمان أنه سلبى .

(٣) علاج المرضى الذين يحضرون الينا بعد ظهور القرحة الزهرية وينطبق عليهم وصف الحالة السابقة ، غير أنه يتبين من فحص الدم لوسرمان أنه إيجابى ، كما يتبين ظهور الطفح الوردى أو الحبيبى ، أى أن الحالة أصبحت فى بدء دور الانتشار .

(٤) علاج المرضى الذين يحضرون الينا فى دور الانتشار كما يتبين من ظهور أنواع الطفح الثانوى المختلفة، ويتبين من فحص دمهم لوسرمان أنه إيجابى، ولا يزال إيجابيا رغم علاج المريض دفعة كاملة .

(٥) علاج المرضى الذين يحضرون الينا فى دور الانتشار ولا يتيسر تحويل الدم لوسرمان من إيجابى الى سلبى ، رغم علاجهم دفعتين أو ثلاثا علاجا كاملا .

(٦) علاج المرضى فى دور الزهرى الثلاثى أو فى الزهرى الكمين .

(٧) « « فى دور الزهرى العصبى .

(١) المرضى الذين يظنون أنهم تعرّضوا لإصابة زهرية دون أن تظهر عليهم عوارض الإصابة ونتيجة تحليل الدم لوسرمان سلبية :

يحضر الينا أحيانا فريق من المرضى يشتبهون فى تعرّضهم لإصابة زهرية ، وبالنسبة لعدم ظهور ما يشير إلى إصابتهم بالزهرى ، فلا يعرف الطبيب كيف يتصرف فى أمرهم . والأطباء فريقان من حيث الرأى فى مثل هذه الحالات المبكرة ، فريق يرى إعطاء المريض حقنا عضلية من البزموت يتشبع بها الجسم فترة طويلة ، حتى إذا مرت فترة الحضانة وبدأت تصل العدوى للدورة الدموية كان الجسم متشبعا بالبزموت ، فيتغلب المريض على الإصابة فى بدئها ؛ وفريق يرى التريث مع مراقبة هؤلاء المرضى ، حتى إذا بدأت العلامات الاكلينيكية للقرحة الأولية تظهر مع وجود الاسبيروكيتا فى مصل القرحة أسرعوا فى علاج المريض علاجا دقيقا يطمئن اليه الطبيب . ومحبذو هذا الرأى — وهم الاكثرية — يرون أنه لا داعى لتعرّض إنسان لعلاج ربما كان فى غنى عنه ، وحتى لو فرض وكان مصابا فالعلاج غير الكامل (نظرا لعدم التأكد من الإصابة) لا يكون فيه الكفاية ، وليس من ضرر يذكر اذا انتظرنا الى أوّل ظهور القرحة ، أى قبل أن يصير الدم إيجابيا لوسرمان ، ثم قمنا بعلاج الحالة كما سنشرحه فى البند الآتى :

(٢) علاج المرضى الذين يحضرون الينا فى بدء القرحة الزهرية ووجد الاسبيروكيتا إيجابيا كما وجد الدم سلبيا لوسرمان :

العلاج فى الثلاثة الأشهر الأولى (علاج هجومى)

الميعاد	حقنة النيوسلفرسان	حقنة البزموت	أو حقنة الزئبق
فى اليوم الأوّل	٠,٣٠ جرام	—	—
« الثالث	—	٠,٤ جرام	أو ٠,٠٦ جرام
« الرابع	٠,٣٠ جرام	—	—
« السادس	—	٠,٤ جرام	أو ٠,٠٦ جرام

الميعـاد	حقنة النيوسلفرسان	حقنة البزموت	أو حقنة الزئبق
فى اليوم الثـامن	٠,٣٠ جرام	—	—
« العـاشر	—	٠,٥ جرام	أو ٠,٠٦ جرام
« الحادى عشر	٠,٤٥ جرام	—	—
« الثالث عشر	—	٠,٥ جرام	أو ٠,٠٦ جرام
« الخامس عشر... ...	٠,٤٥ جرام	—	—
[من اليوم الخامس عشر الى اليوم الحادى والعشرين — راحة من العلاج]			
فى اليوم الثانى والعشرين ...	٠,٤٥ جرام	—	—
« الرابع والعشرين ...	—	٠,٥ جرام	أو ٠,٠٦ جرام
« الخـامس والعشرين	٠,٤٥ جرام	—	—
« السابع والعشرين ...	—	٠,٥ جرام	أو ٠,٠٦ جرام
« الثلاثين	٠,٤٥ جرام	—	—
« الحادى والثلاثين ...	—	٠,٥ جرام	أو ٠,٠٦ جرام
« الرابـع والثلاثين ...	٠,٤٥ جرام	—	—
« السادس والثلاثين...	—	٠,٥ جرام	أو ٠,٠٦ جرام
[من اليوم السابع والثلاثين الى اليوم الرابع والأربعين — راحة من العلاج]			
فى اليوم الخامس والأربعين	٠,٦٠ جرام	—	—
« السابع والأربعين ...	—	٠,٥ جرام	أو ٠,٠٦ جرام
« الخمسين	٠,٦٠ جرام	—	—
« الثانى والخمسين ...	—	٠,٥ جرام	أو ٠,٠٦ جرام
« الخامس والخمسين ...	٠,٦٠ جرام	—	—
المجمـــوع ...	٥,٤٠ جرام	٤,٨ جرام	أو ٠,٦ جرام

نعطى المريض راحة إلى اليوم الخامس والثمانين ، ثم نفحص الدم لوسرمان ، وكذا السائل النخاعى ، للبحث عن الخلايا الليمفاوية وكمية الجلوبيولين ولوسرمان كما يفحص المريض إكلينيكيا .

فإذا تبين أن نتائج التحاليل سلبية ولم يظهر على المريض عوارض إكلينيكية تشير الى تعرض أعضاء جسمه ، وعلى الخصوص الجهاز العصبى للإصابة الزهرية ، أمكننا أن ننتقل إلى الدور الثانى من العلاج ، وهو يبدأ فى الثلاثة الأشهر التالية للثلاثة الأولى التى أخذ فيها العلاج ، وفى هذه الفترة لا يكون العلاج هجوميا ، أى بنفس الشدّة التى هاجمنا بها الإصابة فى الثلاثة الأشهر الأولى .

العلاج فى الثلاثة الأشهر الثانية (علاج مساعد)

الميعاد	حقنة النيوسلفرسان	حقنة البزموت	أو حقنة الزئبق
فى اليوم الأول	٠,٣٠ جرام	—	—
« الثالث	—	٠,٥ جرام	أو ٠,٠٦ جرام
« الرابع	٠,٣٠ جرام	—	—
« السادس	—	٠,٥ جرام	أو ٠,٠٦ جرام
« الثامن	٠,٣٠ جرام	—	—
« العاشر	—	٠,٥ جرام	أو ٠,٠٦ جرام
« الحادى عشر	٠,٣٠ جرام	—	—
« الثالث عشر	—	٠,٥ جرام	أو ٠,٠٦ جرام
« الخامس عشر	٠,٣٠ جرام	—	—
[من اليوم السادس عشر الى اليوم الحادى والعشرين — راحة من العلاج]			
فى اليوم الثانى والعشرين ...	٠,٣٠ جرام	—	—
« الرابع والعشرين ...	—	٠,٥ جرام	أو ٠,٠٦ جرام
« الخامس والعشرين ...	٠,٣٠ جرام	—	—
« السابع والعشرين ...	—	٠,٥ جرام	أو ٠,٠٦ جرام

الميعاد	حقنة النيوسلفرسان	حقنة البزموت	أو حقنة الزئبق
فى اليوم الثلاثين	٠,٣٠ جرام	—	—
« الحادى والثلاثين ...	—	٠,٥ جرام	أو ٠,٠٦ جرام
« الرابع والثلاثين ...	٠,٤٥ جرام	—	—
« السادس والثلاثين ...	—	٠,٥ جرام	أو ٠,٠٦ جرام
[من اليوم السابع والثلاثين الى اليوم التاسع والأربعين — راحة]			
فى اليوم الخمسين	٠,٤٥ جرام	—	—
« الثانى والخمسين ...	—	٠,٥ جرام	أو ٠,٠٦ جرام
« الخامس والخمسين ...	٠,٤٥ جرام	—	—
المجموع ...	٣,٧٥ جرام	٤,٥ جرام	أو ٠,٥٤ جرام

يعطى المريض راحة الى اليوم الخامس والثمانين، ثم نفحص أعضاء المريض إكلينيكيا، وعلى الأخص الجهاز العصبى، ثم نحلل الدم لوسرمان وكذا السائل النخاعى لتقدير الخلايا الليمفاوية والجيلوبيولين ولوسرمان ، فان كانت النتائج سلبية يعطى المريض العلاج الآتى — وذلك فى الثلاثة الأشهر الثالثة التالية لبدء العلاج. وفى هذا الدور لايهمنا أن يعالج المريض علاجا هجوميا بقدر ما يهمنا من إيجاد درجة تشبع فى الدم من الحقن العضلية (بزموت أو زئبق) بحيث يكون فعلها ضعيفا ولكنه يستمر فترة طويلة — :

الميعاد	حقن البزموت	أو	الزئبق
فى اليوم الاول	٠,٣ جرام	أو	٠,٠٦ جرام
« الثامن	٠,٣ «	أو	٠,٠٦ «
« الخامس عشر	٠,٤ «	أو	٠,٠٦ «
« الثانى والعشرين	٠,٤ «	أو	٠,٠٦ «
« التاسع والعشرين	٠,٤ «	أو	٠,٠٦ «
« السادس والثلاثين	٠,٤ «	أو	٠,٠٦ «

الميعـاد		حقن البزموت	أو	الزئبـــق
فى اليوم الثالث والأربعين		٠,٥ جرام	أو	٠,٠٦ جرام
« الخمسين		٠,٥ «	أو	٠,٠٦ «
« السابع والخمسين		٠,٥ «	أو	٠,٠٦ «
المجمـــوع ...		٣,٧ جرام	أو	٠,٤٨ جرام

ثم نعطى المريض (٢٠ نقطة) من اليودوجينول (Pepin) ثلاث مرات فى اليوم لمدّة أسبوعين يفحص بعدها المريض إكلينيكيا، وخصوصا القلب والكبد والكليتين والجهاز العصبى، ثم يحلل الدم لوسرمان وكذا السائل النخاعى كما فى العلاج السابق. (وينصح البعض باعطاء حقنة من ٩١٤ بمقدار ٠,٣٠ جرام للتهيج قبل فحص الدم بثمان وأربعين ساعة، وأنا شخصيا لا أرى ضرورة لذلك). فان كانت النتائج سلبية يعطى المريض العلاج الآتى فى الثلاثة الأشهر الأخيرة للسنة الأولى، وهو يعتبر علاجا بسيطا يجمع بين مجموعة صغيرة من حقن (٩١٤) وإحدى المركبات البزموتية أو الزئبقية، ويلاحظ فى هذا العلاج الاكتفاء باعطاء مقادير صغيرة على فترات واسعة، لأن المقصود منه تشبع الدم بمقادير صغيرة منتظمة من الحقن المذكورة :

الميعـاد	حقنة نيوسلفرسان	حقنة بزموت	أو حقنة زئبق
فى اليوم الأول...	٠,٣٠ جرام	—	—
« الرابـــع	—	٠,٤ جرام	أو ٠,٠٦ جرام
« السادس	٠,٣٠ جرام	—	—
« التاســع	—	٠,٤ جرام	أو ٠,٠٦ جرام
« العــاشر	٠,٣٠ جرام	—	—
« الثــانى عشر	—	٠,٤ جرام	أو ٠,٠٦ جرام
« الخامس عشر	٠,٤٥ جرام	—	—
« الثــامن عشر	—	٠,٤ جرام	أو ٠,٠٦ جرام
« العشريـن	٠,٤٥ جرام	—	—

[من اليوم العشرين الى اليوم الثلاثين — راحة]

الميعـاد	حقنة نيوسلفرسان	حقنة بزموت	أو حقنة زئبق
فى اليوم الحادى والثلاثين ...	—	٠,٤ جرام	أو ٠,٠٦ جرام
« الخامس والثلاثين ...	٠,٤٥ جرام	—	—
« السابع والثلاثين ...	—	٠,٤ جرام	أو ٠,٠٦ جرام
« الأربعين	٠,٤٥ جرام	—	—
« الثالث والأربعين ...	—	٠,٤ جرام	أو ٠,٠٦ جرام
« الخمسين	٠,٤٥ جرام	—	—
« الخامس والخمسين ...	—	٠,٤ جرام	أو ٠,٠٦ جرام
المجمـوع ...	٣,١٥ جرام	٣,٢ جرام	أو ٠,٤٨ جرام

ثم يعطى المريض نقط الأيودوجينول (٢٠ نقطة)، ثلاث مرات يوميا لمدّة أسبوعين، وبعدها يأخذ المريض راحة لمدة ثلاثة أسابيع، وبعد ذلك تنتهى الثلاثة الشهور، ثم يفحص المريض إكلينيكيا للبحث عن إصابة بالقلب أو الكبد أو الكليتين أو الأحشاء الأخرى، كما يفحص الجهاز العصبى للتأكد من عدم إصابته، وبعد ذلك نحلل الدم لوسرمان وكذا السائل النخاعى، كما نبحث عن كمية الخلايا الليمفاوية فى الأخير وكمية الجلوبيولين إن وجدت؛ فان كانت النتائج سلبية نعطى المريض علاجا آخر لمدّة سنة أخرى نكتفى فيها باعطاء المريض مركبات من البزموت أو الزئبق واحدى مركبات اليودور، مثل يودور البوتاسيوم أو الأيودوجينول؛ وعلى ذلك يكون العلاج فى الثلاثة الأشهر الأولى من السنة الثانية كالآتى :

الميعـاد	حقنـة البزموت	أو الزئبـق
فى اليوم الأوّل...	٠,٤ جرام	أو ٠,٠٦ جرام
« الخـامس	٠,٤ «	أو ٠,٠٦ «
« العـاشر	٠,٤ «	أو ٠,٠٦ «
« الخامس عشر	٠,٤ «	أو ٠,٠٦ «
« العشرين	٠,٥ «	أو ٠,٠٦ «

الميعاد	حقنة البزموت	أو	الزئبق
فى اليوم الخامس والعشرين... ...	٥ر٠ جرام	أو	٠٦ر٠ جرام
« الثلاثين	٥ر٠ «	أو	٠٦ر٠ «
[من الثلاثين الى الخامس والأربعين — راحة تامة]			
فى اليوم الثالث والأربعين	٥ر٠ «	أو	٠٦ر٠ «
« الثانى والخمسين	٥ر٠ «	أو	٠٦ر٠ «
المجموع ...	١ر٤ جرام	أو	٥٤ر٠ جرام

ثم يعطى المريض (٢٠ نقطة) من الأيودوجينول ، ثلاث مرات يوميا لمدة أسبوعين ، وبعدها يأخذ المريض راحة تامة لمدّة أسبوعين ، ثم يفحص المريض إكلينيكيا كما سبق أن وصفنا للتأكد من عدم وجود إصابة ، وقبل فحص الدم والسائل النخاعى لوسرمان بيومين يصح إعطاؤه حقنة مهيجة من (٩١٤) بمقدار (٣٠ر٠ جرام)، وذلك لعدم أخذه لها من مدة ثلاثة شهور، فإذا تبين أن النتائج سلبية يكرر نفس العلاج السابق ثلاثة أشهر ثانية من السنة الثانية ، ثم يجرى بعدها نفس الفحص الإكلينيكى وفحص الدم والسائل النخاعى لوسرمان ، بعد إعطاء المريض حقنة (٩١٤) بمقدار (٣٠ر٠ جرام) وذلك قبل الفحص، فإذا كانت النتيجة سلبية يكرر نفس العلاج وطرق الفحص فى الثلاثة الأشهر الثالثة من السنة الثانية ، وإن كانت النتائج سلبية يعطى فى الثلاثة الأشهر الأخيرة من السنة الثانية نفس العلاج ويجرى نفس الفحص، فإن كانت النتائج سلبية اعتبر المريض أنه شفى نهائيا من الإصابة الزهرية؛ على أنه لايصح مطلقا أن يتزوّج إلا بعد أن يوضع تحت ملاحظة الطبيب لمدّة سنتين أخريين، يفحص فى خلالها أربع مرات مرة كل ستة شهور ، للتأكد من عدم وجود إصابة فى القلب أو الكبد أو الكليتين أو الأحشاء أو الجهاز العصبى ، كما يجب أن يحلل الدم والسائل النخاعى لوسرمان بعد أخذ حقنة مهيجة من (٩١٤) بمقدار (٣٠ر٠ جرام). ولإعطاء شهادة للزواج يجب أن تكون نتائج الفحص، سواء أكانت إكلينيكية أم تحليلية، جميعها سلبية؛ وذلك

فى خلال السنتين التاليتين لسنتى العلاج . ورب قائل يقول : لاداعى لكل هذا العلاج ويصح الاكتفاء بدورة أو دورتين من العلاج فى مثل هذه الحالات التى لا يزال الدم فيها سلبيا ، وردًا على ذلك نقول : إنه قد تبين من تجاربنا مدّة ثمانى سنوات أن الإصابة كثيرا ما تنتكس ويصبح الدم إيجابيا فى الحالات التى اكتفى فيها بعلاج محدود دورة أو دورتين ، وفى هذه الحالة يحتاج المريض الى علاج سنوات عديدة بدلا من سنتين . وأهم مانسعى اليه هو تطهير الفرد من الإصابة تطهيرا مضمونا حتى لايعقب هذا الفرد سلالة مصابة بالزهرى ، يموت منها فى المهد من يموت ، ومن عاش منها قاسى الآلام والأسقام ، وطالت دورات علاجه ، ذلك الى أنه لا يكون منتجا فى الهيئة الاجتماعية ؛ لذلك يجب على المريض أن يتبع أوامر الطبيب فى أخذ دورات العلاج كاملة . وبذلك فقط يضمن السلامة لنفسه وذرّيته . وقبل أن أتم هذا الباب يجب علىّ أن أشير بضرورة الاطلاع على باب المقارنة بين حقن (٩١٤) الوريدية والعضلية ، وكذلك باب استعمال المركبات الزئبقية المختلفة ، وتطبيق ما يناسب منها المريض المعالج . فمثلا يمكننا أن نعتمد على المريض فى الأدوار التى يستعمل فيها الزئبق فقط فى استعمال الزئبق بطريق الفم إن كان على سفر أو بعيدا عن مركز العلاج .

(ثالثا) علاج المرضى الذين يحضرون الينا وبهم قرحة زهرية إيجابية للاسبيروكيتا ونتيجة تحليل الدم لوسرمان إيجابية ، وظهرت عليهم مبادئ الطفح الثانوى — يعالج المريض فى الثلاثة الأشهر الأولى والثانية فى السنة الأولى من العلاج ، بنفس الطريقة والكمية التى يعالج بها المريض فى نفس المدّة فى دورات العلاج السابقة (للمرضى المصابين بقرحة زهرية إيجابية للاسبيروكيتا وسلبية لوسرمان) . أما فى الثلاثة الأشهر الثالثة والرابعة فى السنة الأولى فالعلاج فيها حسب الآتى ، وذلك إذا تبين من فحص المريض إكلينيكيا أنه خال من المظاهر الزهرية ، وظهر من فحص الدم لوسرمان أنه سابى :

الميعاد		حقن النيوسلفرسان	حقن البزموت	أو الزئبق
في اليوم الأول...		٠,٣٠ جرام	—	—
»	الرابع	—	٠,٤ جرام	أو ٠,٠٦ جرام
»	الثامن	٠,٣٠ جرام	—	—
»	العاشر...	—	٠,٤ جرام	أو ٠,٠٦ جرام
»	الحادي عشر	٠,٣٠ جرام	—	—
»	السابع عشر	—	٠,٤ جرام	أو ٠,٠٦ جرام
»	الثاني والعشرين ...	٠,٣٠ جرام	—	—
»	الخامس والعشرين...	—	٠,٥ جرام	أو ٠,٠٦ جرام
»	التاسع والعشرين ...	٠,٤٥ جرام	—	—
»	الثاني والثلاثين ...	—	٠,٥ جرام	أو ٠,٠٦ جرام
»	السادس والثلاثين ...	٠,٤٥ جرام	—	—
»	الثامن والثلاثين ...	—	٠,٥ جرام	أو ٠,٠٦ جرام
»	الثالث والأربعين ...	٠,٤٥ جرام	—	—
»	الخمسين	—	٠,٥ جرام	أو ٠,٠٦ جرام
»	الثاني والخمسين ...	—	٠,٥ جرام	أو ٠,٠٦ جرام
المجموع ...		٢,٥٥ جرام	٣,٧ جرام	أو ٠,٤٨ جرام

ثم يعطى المريض يودوجينول (٣٠ نقطة) ثلاث مرات فى اليوم لمدّة أسبوعين ويأخذ بعدها المريض راحة مدّة ثلاثة أسابيع، ثم نفحصه بالطرق السابقة، وندقق فى الفحص التحليلي للسائل النخاعى خاصة لمعرفة ما إذا كانت توجد زيادة فى الخلايا الليمفاوية أو كمية الجلوبيولين أولا، وكذا نحلله لوسرمان .

العلاج فى السنة الثانية — يعالج المريض فى الثلاثة الأشهر الأولى بنفس العلاج والمقدار الذى يعالج به فى الثلاثة الأشهر الأولى من السنة الثانية فى حالات القرح الزهرية الإيجابية للاسبيروكيتا والسلبية لوسرمان ، وفى الثلاثة الأشهر الثانية

والثالثة والرابعة من السنة الثانية يتبع العلاج بنفس النظام المتبع فى الأشهر المقابلة لها فى السنة الثانية فى حالات القرحة الزهرية الإيجابية للاسبيروكيتا والسلبية لوسرمان. غير أنه يلاحظ زيادة كمية اليودوجينول ، حيث تزاد إلى (٣٠ نقطـة) بدلا من (٢٠ نقطة) . ويلاحظ عند مقارنة علاج هذا الدور (القرحة الإيجابية للاسبيروكيتا والإيجابية لوسرمان) بالدور السابق (القرحة إيجابية للاسبيروكيتا وسلبية لوسرمان) أن المريض يعطى فى هذا الدور كمية أكبر من النيوسلفرسان (٢,٥٥ جرام)، وكذا كمية أكبر من المركبات اليودية .

وبعد ستة شهور راحة كاملة يعطى المريض حقنة مهيجة من (٩١٤) بمقدار (٠,٣٠ جرام) فى الوريد، ويفحص بعدها بيومين الدم والسائل النخاعى لوسرمان وفى الأخير لتقدير الخـلايا ، كما يفحص المريض إكلينيكيا للتأكد من عدم ظهور إصابة زهرية .

فان كانت النتائج سلبية يجـرى نفس الفحص بعد سـتة شهور، وبعد إعطاء المريض حقنة مهيجة من (٩١٤) بمقدار (٠,٣٠ جرام) فى الوريد، فان كانت النتائج سلبية اعتبر المريض خاليا من الزهرى .

(رابعـا) علاج المرضى فى دور الانتشار، أى الذين ظهرت عليهم عوارض الطفح الجلدى الثانوى وتبين من فحص الدم أنه إيجابى لوسرمان وأخذوا دورة علاج ولا يزال الدم إيجابيا لوسرمان — يعطى علاج هجومى فى الثلاثة الأشهر الأولى فى السنة الأولى من العلاج، وهو فى ذلك يشبه تماما العلاج المنشور فى صفحة (٢١٨) بخصوص العـلاج فى الثلاثة الأشهر الأولى فى حالات القرحة الزهرية التى يكون بها الاسبيروكيتا إيجابيا والدم سلبيا لوسرمان .

ويكون مجموع ما يأخذه المريض فى هـذا الدور ما بين خمسة جرامات وستة من الزرنيخ، وما بين أربعة جرامات وخمسة من البزموت أو $\frac{1}{2}$ جرام من الزئبق . أما فى الثلاثة الأشهر الثانية من السنة الأولى فان وجد تحليل الدم لوسرمان إيجابيا ،

مع عدم وجود عوارض إكلينيكية تشير الى الإصابة الزهرية، فيتعين فى هذه الحالة الدقة فى فحص الأحشاء والجهاز العصبى، كما يتعين تغيير طريقة العلاج التى سبق أن أخذها المريض . فان سبق وأخذ حقنا وريدية من (٩١٤) وجب تغييرها إلى حقن عضلية. وكذلك فى حالة الزئبق، فإن سبق له أخذ حقن وريدية مثل سيانور الزئبق وجب تغييرها الى حقن عضلية من الزيت السنجابى أو بالعكس . وكذلك فى البزموت يستحسن تغيير المركب المستعمل . (تراجع مركبات البزموت فى باب استعمال البزموت) .

والجدول الآتى يشرح إحدى الطرق الممكن استعمالها :

الميعاد	حقن سليوسلفرسان (فى العضل) Solusalvarsan "Bayer"	أو حقن سلفمساركا (فى العضل) Sulphmesarca (Roche)	البزموت أو الزئبق
فى اليوم الأول	٠,١٥جرام	٠,٣٠جرام	—
« الثالث	—	—	٠,٤جرام أو ٠,٠٦جرام
« الخامس	٠,٣٠جرام	٠,٣٠جرام	—
« السادس	—	—	٠,٤جرام أو ٠,٠٦جرام
« الثامن	٠,٣٠جرام	٠,٣٠جرام	—
« العاشر	—	—	٠,٥جرام أو ٠,٠٦جرام
« الخامس عشر ...	٠,٣٠جرام	٠,٤٥جرام	—
« السابع عشر ...	—	—	٠,٥جرام أو ٠,٠٦جرام
« العشرين ...	٠,٤٥جرام	٠,٤٥جرام	—
« الثانى والعشرين	—	—	٠,٥جرام أو ٠,٠٦جرام
« السابع والعشرين	٠,٤٥ جرام	٠,٤٥ جرام	—
« الثلاثين ...	—	—	٠,٥جرام أو ٠,٠٦جرام

[من اليوم الثلاثين الى الرابع والأربعين — راحة من العلاج]

الميعاد	حقن سليوسلفرسان (فى العضل) Solusalvarsan "Bayer"	أوحقن سلفمساركا (فى العضل) Sulphmesarca (Roche)	البزموت	أو الزئبق
فى اليوم الخامس والأربعين	٠٫٤٥ جرام	٠٫٦٠ جرام	—	—
« الثامن والأربعين	—	—	٠٫٥جرام	أو٠٫٠٦جرام
« الرابع والخمسين	٠٫٦٠ جرام	٠٫٦٠ جرام	—	—
« السادس والخمسين	—	—	٠٫٥جرام	أو٠٫٠٦جرام
المجموع ...	٣ جرام	أو ٣٫٤٥جرام	٣٫٨جرام	أو٠٫٤٨جرام

بعد ذلك يأخذ المريض فى مدّة أسبوعين (٣٠ نقطة) من اليودوجينول ثلاث مرات فى اليوم ، وبعد ثلاثة أسابيع يرتاح فيها راحة تامة يفحص المريض إكلينيكيا ، وخصوصا عن حالة القلب والأوعية وضغط الدم والكبد والكليتين ، وكذا يفحص الجهاز العصبى فحصا دقيقا للتأكد من عدم وجود بؤرة مزمنة للاصابة الزهرية . بعد إجراء كل ذلك يفحص الدم والسائل النخاعى لوسرمان، فإن وجدت جميع التحاليل سلبية فنتيجة العلاج حسب الآتى :

فى الثلاثة الأشهر الثالثة والرابعة من السنة الأولى يعطى نفس العلاج المنشور فى صفحة (٢٢٥)، وهو الخاص بالعلاج فى الثلاثة الأشهر الثالثة من السنة الأولى فى المريض المصاب بقرحة زهرية، ونتيجة الدم إيجابية ، وأصبحت سلبية بعد علاج دور واحد .

أما العلاج فى السنة الثانية فيشابه العلاج المتبع فى السنة الثانية فى حالات الزهرى الابتدائى التى يتبين من تحليل الدم لوسرمان أنه إيجابى وأصبح سلبيا بعد أول دور من العلاج (راجع صفحتى ٢٢٥ و ٢٢٦) . ويلاحظ أن المريض المعالج فى هذه الحالات يأخذ كمية من مركبات (٩١٤) أكثر بقليل منها فى الحالات الموصوفة فى البنود : الأوّل والثانى والثالث .

(خامسا) علاج المرضى الذين يحضرون إلينا فى دور الانتشار ولا يتيسر تحويل الدم لوسرمان من إيجابى إلى سلبى رغم علاجهم دفعتين أو ثلاثة علاجا كاملا — فى الثلاثة الأشهر الأولى من السنة الأولى يأخذ المريض علاجا هجوميا يحتوى على (٥,٤٠ جرام) من النيوسلفرسان وعلى (٤,٨ جرام) من البزموت أو (٠,٦ جرام) من الزئبق . أما كيفية تقسيم الحقن وموعد أخذها فهو يشابه تماما الجدول المنشور فى صفحة (٢١٨)، وهو الخاص بالمرضى المقيدين تحت البند الثانى .

أما فى الثلاثة الأشهر الثانية من السنة الأولى فيهمنا فى مثل هذه الحالات التى لا يتأثر تفاعل الوسرمان فيها بسهولة أن نغير طريقة العلاج . ويستحسن دائما إعطاء حقن عضلية من (٩١٤)، كما يتعين تغيير طريقة إعطاء الحقن الزئبقية، فإن كان من المعتاد إعطاء حقن فى الوريد فتستبدل بحقن فى العضل، والعكس بالعكس . والجدول المنشور فى صفحة (٢٢٨) يمكن تطبيقه كما هو فى علاج هذا الدور، ويكون مجموع ما يأخذه المريض فيه (٣ جرام) من السليوسلفرسان أو (٣,٤٥ جرام) من سلفمساركا (روش) أو (٣,٨ جرام) من البزموت أو (٠,٤٨ جرام) من الزئبق .

أما فى الثلاثة الأشهر الثالثة من السنة الأولى فيستحسن تكرار الحقن العضلية المستعملة فى الثلاثة الأشهر السابقة، وإنما تزاد الجرع وذلك حسب الجدول الآتى :

الميعاد	حقن سليوسلفرسان Solusalvarsan	أو حقن سلفمساركا Sulphmesarca	البزموت	أو الزئبق
فى اليوم الأول	٠,٣٠ جرام	٠,٣٠ جرام	—	—
« الثالث	—	—	٠,٤ جرام	أو ٠,٠٦ جرام
« الخامس	٠,٣٠ جرام	٠,٣٠ جرام	—	—
« السادس	—	—	٠,٤ جرام	أو ٠,٠٦ جرام
« الثامن	٠,٣٠ جرام	٠,٤٥ جرام	—	—

الميعاد	حقن سليوسلفرسان Solusalvarsan	أو حقن سلفمساركا Sulphmesarca	البزموت	أو الزئبق
فى اليوم العاشر	—	—	٥,٠جرام	أو ٠٦,٠جرام
« الخامس عشر ...	٤٥,٠جرام	٤٥,٠جرام	—	—
« السابع عشر ...	—	—	٥,٠جرام	أو ٠٦,٠جرام
« العشرين ...	٤٥,٠جرام	٦٠,٠جرام	—	—
« الثانى والعشرين	—	—	٥,٠جرام	أو ٠٦,٠جرام
« السابع والعشرين	٦٠,٠جرام	٦٠,٠جرام	—	—
« الثلاثين ...	—	—	٥,٠جرام	أو ٠٦,٠جرام
[من اليوم الثلاثين الى اليوم الرابع والأربعين — راحة من العلاج]				
فى اليوم الخامس والأربعين	٦٠,٠جرام	٦٠,٠جرام	—	—
« الثامن والأربعين	—	—	٥,٠جرام	أو ٠٦,٠جرام
« الثانى والخمسين	٦٠,٠جرام	٦٠,٠جرام	—	—
« الرابع والخمسين	—	—	٥,٠جرام	أو ٠٦,٠جرام
« الثامن والخمسين	٦٠,٠جرام	٦٠,٠جرام	—	—
المجموع ...	٤,٢٠جرام	٤,٥٠جرام	٣,٨جرام	٤,٨جرام

بعد ذلك يأخذ المريض لمدّة أسبوعين (٣٠ نقطة) من اليودوجينول بعد الطعام ثلاث مرات فى اليوم، ويعقب ذلك راحة من العلاج الى نهاية الثلاثة الشهور، ثم يفحص بعدها المريض فحصا دقيقا ، وخصوصا القلب والأوعية الدموية والكليتين والكبد والجهاز العصبى، لأن هذا الفحص الاكلينيكى قد يدلنا على بؤرة زهرية مزمنة، تعتبر السبب فى عدم تحويل تفاعل وسرمان من ايجابى الى سلبى، وكذا يجب تحليل الدم والسائل النخاعى لوسرمان، فان كانت جميع النتائج الاكلينيكية سلبية ، وكذا تفاعل وسرمان فى الدم والسائل النخاعى ، نبدأ بعلاج الثلاثة الأشهر الأخيرة من السنة الأولى، فنعطى المريض علاجا مشابها للعلاج المنشور فى (ص ٢٢٥)

الخاص بعلاج المرضى فى البند الثالث فى الثلاثة الأشهر الأخيرة من السنة الأولى .
أما فى السنة الثانية فيتبع فى شأنها ما اتبع فى علاج المرضى فى البند الرابع (فى السنة الثانيــة) ، فاذا تبين من فحص المريض أن النتائج سلبية بعــد آخر دور فيجب أن يعطى المريض علاجا ثانويا فى الســنة الثالثة مرة كل ستة شهور ، وهــذا العلاج إما أن يجمع بين مجموعة صغيرة من حقن (٩١٤) عضلية أو وريدية (نحو ٣ جرام) مع كمية مشابهة من البزموت (٣ جرامات)، كما هو منشور فى (ص ٢٢١) فى علاج المرضى فى البند الثانى فى الثلاثة الشهور الثانيــة ، أو يكتفى بإعطاء المريض حقنا من اليود مثل اليود الغروى (٢٠ جراما) فى الوريد مرتين فى الأسبوع، أو بإعطائه حقنا من الكنترامين مقدار جرام بمعدل حقنتين فى الأسبوع (والمجموع ١٢ جراما) .
وفى نهاية السنة الثالثــة يجب أن نفحص الكليتين والقلب والكبد والجهاز العصبى فحصا دقيقا للتأكد من سلامتها ، كما يجب أن تكون نتائج جميع التحاليل الخاصــة بالسائل النخاعى والدم سلبية قبل أن يعطى المريض بطاقة الشفاء .

(سادسا) علاج المرضى فى دور الزهرى الثلاثى وكذا فى الزهرى الكمين — يختلف علاج هذه الحالات حسب إصابة المريض ، فالمريض المصاب بزهرى القلب أو الكبد يعطى مقادير مصغرة من حقن (٩١٤)، أو يعطى حقنا من الزئبق فترة طويلة؛ كما أن المريض المصاب بورم صمغى فى العظام أو فى الجلد يمكن إعطاؤه كميات كبيرة من حقن (٩١٤) وريدية أو عضلية، مادام القلب والكبد والكليتان فى حالة جيدة . وأهم ماينبغى معرفته فى هذه الحالات المزمنة هو وجوب تشبع دم المريض بمقادير من الحقن مدة طويلة ، وليس من الضرورى أن نعمد الى محاربة الاسبيروكيتا فى وقت قصير بعــلاج هجومى ، كما هو الحــال فى المريض المصاب بقرحة زهرية حديثة، لذلك كلما كانت الإصابة مزمنة كان الأفضل كثرة استعمال الحقن العضلية؛ سواء أكانت من مركبات (٩١٤) أم من مركبات الزئبق.
على أنه قبل البــدء فى علاج مريض مصاب بورم صمغى يتعــين علينا فحص أحشائه، مثل القلب والكبد والكليتين وكذا العظام والجهاز العصبى فحصا دقيقا ،

لتحـديد مدى الإصابة ، ولتقـدير العلاج الضرورى لكل مريض حسب تلك الإصـابة .

وقبل البدء فى العلاج يعطى المريض علاجا من إحدى مركبات اليود ، أو اليود والكبريت لمدة ثلاثة أسابيع أو أربعة ، وعلينا أن نفهم المريض أن زوال العوارض الجلدية إثر تعاطى اليود ليس معناه الشفاء ، بل هو مقدّمة للعلاج بالحقن حسب الشرح التالى .

والمستعمل عادة من مركبات اليود هو يودور البوتاسيوم بمقدار (٠٫٤٠ جرام) بعد الطعام ثلاث مرات فى اليوم . والوصفة الآتية شائعة الاستعمال :

يودور بوتاسيوم	... ...	٠٫٤٠ جـرام
شراب النارنج	... ...	٢٫٠ «
صبغة الكينا	... ...	٢٫٠ «
ماء لغاية	... ...	٣٠٫٠ «

وهى تكوّن جرعة واحدة تعمل منها عشرون جرعة على دفعتين :

بعد استعمال يودور اليوتاسيوم مـدة تتراوح بين ثلاثة أسابيع وأربعـة نجرى العلاج الآتى :

الميعـاد	حقن سالفرسينول (عضلية) (Sulpharsenol)	حقن بزموت	أو زئبـق	حقن كنترامين أو تيودين (عضلية)
فى اليوم الأوّل	٠٫٣٠ جرام	—	—	—
« الثـالث	—	٠٫٤ جرام	أو ٠٫٠٦ جرام	١ سم٣
« الخامس	٠٫٣٠ جرام	—	—	١ سم٣
« الثـامن	٠٫٣٠ جرام	—	—	—
« العـاشر	—	٠٫٤ جرام	أو ٠٫٠٦ جرام	١ سم١
« الثـانى عشر ...	٠٫٤٥ جرام	—	—	—
« الرابـع عشر ...	—	٠٫٤ جرام	أو ٠٫٠٦ جرام	١ سم٣

الميعاد	حقن سلفرسينول (عضلية) (Sulpharsenol)	حقن بزموت أو زئبق	حقن كنترامين أو تيودين (عضلية)
في اليوم السادس عشر ...	٠,٤٥ جرام	—	—
« الثامن عشر ...	—	٠,٤ جرام أو ٠,٠٦ جرام	١ سم^{٣}
« الحادي والعشرين	٠,٤٥ جرام	—	—
« الثاني والعشرين	—	٠,٥ جرام أو ٠,٠٦ جرام	١ سم^{٣}
« الخامس والعشرين	٠,٤٥ جرام	—	—
« السابع والعشرين	—	٠,٥ جرام أو ٠,٠٦ جرام	١ سم^{٣}
« الثلاثين ...	٠,٤٥ جرام	—	—
« الثاني والثلاثين	—	٠,٥ جرام أو ٠,٠٦ جرام	١ سم^{٣}
« السابع والثلاثين	٠,٦٠ جرام	—	—
« الأربعين ...	—	٠,٥ جرام أو ٠,٠٦ جرام	١ سم^{٣}
« الثالث والأربعين	٠,٦٠ جرام	—	—
« الخامس والأربعين	—	٠,٥ جرام أو ٠,٠٦ جرام	١ سم^{٣}
« الخمسين ...	٠,٦٠ جرام	—	١ سم^{٣}
« الرابع والخمسين ...	—	٠,٥ جرام أو ٠,٠٦ جرام	١ سم^{٣}
المجموع ...	٤,٩٥ جرام	٤,٦ جرام أو ٠,٦ جرام	١٢ سم^{٣}

بعد هذا العلاج يأخذ المريض راحة لمدة أربعة أسابيع يفحص بعدها القلب والأحشاء والجهاز العصبي فحصا إكلينيكيا ، ثم يحلل بعدها الدم والسائل النخاعي لوسرمان . هكذا نجرى في معالجة المريض لمدّة ثلاثة شهور، وعليه أن يعالج مدة ثلاث سنوات بنفس الطريقة التي يعالج بها المرضى في البند الخامس .

فإذا تلاشت العوارض تماما في نهاية المدّة ، وأصبحت نتائج تحليل الدم والسائل النخاعي سلبية ، يجب أن يوضع المريض تحت الملاحظة مدة لا تقل عن

ثلاث سنوات ، ويستحسن أن يعطى المريض فى السنة الخامسة علاجا مخففا من البزموت أو حقن النيوسلفرسان العضلية لمدّة ثلاثة شهور أو ستة ، فاذا تبين بعد ذلك من الفحص الأخير أن نتائج التحاليل سلبية أمكن أن نعتبر أن المريض قد شفى من الاصابة ، أما اذا كانت نتيجة تحليل الدم إيجابية بعد ذلك ، مع زوال العوارض الاكلينيكية ، فيعطى المريض راحة لمدّة سنتين من العلاج وبعدها يعطى علاجا شبيها بالعلاج السابق فى هذا البند ، مع الميل الى إعطاء المريض حقنا عضلية مصغرة تعطى على فترات قصيرة ، وكذا إعطاء المريض زئبقا من الفم أو عن طريق التدليك ، لأن تغيير طريقة العلاج هى من الأهمية بمكان فى هذه الحالات المزمنة .

(سابعا) علاج زهرى الجهاز العصبي — تعدّدت طرق علاج زهرى الجهاز العصبي فى السنوات الماضية ، إلا أنها أصبحت أخيرا محدودة بسبب النجاح الذى صادفه الأطباء عند استعمال أدوية خاصة . وقد أصبحت الآن طرق حقن المريض فى النخاع بالمصل الدموى المحتوى على حقن (٩١٤) — ونحصل على هذا بعد حقن المريض بحقنة (٩١٤) فى الوريد ثم نأخذ كمية ٢٠ سم^3 من دم المريض ونحصل على المصل منه — من الطرق العتيقة غير المستعملة فى وقتنا هذا إلا فيما ندر .

كما أن طريقة حقن (٩١٤) فى البركة الكبرى (Cisterna Magna) ، والتى لاقت نجاحا فى الماضى لم يعد يعوّل عليها الأطباء نظرا للمشقة والمخاطر التى يعرّض لها المريض عند استعمالها ، ذلك الى أن سهولة إعطاء الحقن الوريدية الحديثة أنستنا هذه الطرق الأولى . لذلك لا أرى داعيا لشرح الطرق القديمة ما دامت غير مستعملة فى مستشفياتنا فى الوقت الحاضر . وقبل البدء فى شرح طرق العلاج المختلفة أرجع للاشارة إلى أن الإصابة الزهرية العصبية لا تكون عادة مقيدة بمظهر واحد ، بمعنى أنه قد يكون المريض مصابا مثلا بالتهاب سحائى زهرى ومع ذلك تظهر عليه عوارض زهرى المخ ، غير أنه رغم ذلك يمكننا من الوجهة العملية تقسيم مظاهر الإصابة من حيث طرق العلاج المتبعة الى الأقسام الآتية :

(ا) زهرى الأوعيـــة .
(ب) زهرى السحايا وما يتبعه من زهرى الأعصاب .
(ج) زهرى المخ أو النخاع الشوكى .

ونراعى فى اعتبار كون المريض مصابا باحدى هذه الأقسام المظاهر الاكلينيكية المتغلبة، فالمريض الذى تظهر عليــه مثلا عوارض الشلل يعالج باعتبار أن الإصابة زهرى الأوعية ، والمريض الذى تتغلب عليه عوارض الالتهاب السحائى يعـالج باعتبار أنه مصاب بزهرى السحايا ، وبالمثل فى الشلل العام للجانين ومرض اختلاج الحركة فإنهما يعالجان حسب التقسيم الثالث (زهرى المخ أو النخاع الشـوكى) . على أن طريقــة العلاج المتبعة تؤثر أيضا من حيث الشفاء فى العــوارض العصبية الأخرى المندمجة فى إحدى هذه الأقسام .

(ا) علاج زهرى الأوعية — أهم مظهر لزهرى الأوعيــة إصابات الشلل النصفى (Hemiplegia) أو الشلل الجزئى (Monoplegia) أو الشلل السفلى (paraplegia) . ويدخل ضمن زهرى الأوعية الشلل الوجهى، وموضع الإصابة فى الأوعية النهائيــة (End arteries) المغذية للعقــد العصبية (Basal ganglia) المغــذية للضماد المخى الباطنى (Internal Capsule) . وحوادث الشلل النصفى والوجهى أكثر الإصابات شيوعا، وقد قمت بعلاج حالات متعدّدة منها بالطريقة الآتية : وقد صادفت نجاحا تاما فى جميع الحالات الحديثة الإصابة .

طريقة العلاج — يفحص المريض جيدا من الوجهة الإكلينيكية . والتحليلية، مع عدم ضـياع الوقت فى انتظار النتائج التحليلية ما دام أن الفحص الإكلينيكى أثبت أن الإصابة بسبب الزهرى . وأوّل ما يجب فحصه هو القلب، وهل هو متضخم أو متمدّد، وهل الصمامات فى حالة جيدة أو لا، وخصوصا صمام الأورطى . بعد ذلك نأخذ ضغط دم المريض الانقباضى والانبساطى، ثم نحلل البول للتأكد من عدم وجود كمية محسوسة من الزلال، ثم نأخذ (٥ سم^{٣}) من دم المريض

ونرسله للفحص بطريقة وسرمان . فإذا تبين لنا من فحص المريض الاكلينيكى أن إصابته بسبب الزهرى، لاننتظر نتيجة تحليل الدم (ويستحسن أيضا تحليل السائل النخاعى لمعرفة ما إذا كانت هناك زيادة فى كمية الجلوبيولين أولا، وكذا تحليل السائل لوسرمان لمعرفة مدى الإصابة). ويجب الاسراع فى العلاج ويكون على الوجه الاتى :

فى اليوم الأول — فى حالة ظهور زيادة فى ضغط الدم نجرى عملية فصد الدم للمريض، وتتفاوت الكمية ما بين (١٠٠) وبين (٥٠٠) جرام، ونحقن بدلها فى الوريد (١٠٠ جرام) من اليود الغروى .

» الثانى — نحقن المريض (١٠٠ جرام) من اليود الغروى فى الوريد، وتعطى له حقنة نيوسلفرسان وريدية (٠,٤٥ من الجرام) .

» الثالث — نحقن المريض (١٠٠ جرام) من اليود الغروى فى الوريد، ثم نحقنه فى العضل (٢ سم٣) من الموثانول .

» الرابع — نحقن المريض (٥٠ جراما) من اليود الغروى فى الوريد .

» الخامس — نعطى المريض حقنة نيوسلفرسان وريدية (٠,٤٥ من الجرام) .

» السادس — نحقن المريض (٥٠ جراما) من اليود الغروى فى الوريد ثم نحقنه فى العضل (٢ سم٣) من الموثانول .

» السابع — يستريح فيه المريض ثم نعيد فحص البول للتأكد من عدم ظهور زلال .

» الثامن — نعطى المريض (٥٠ جراما) من اليود الغروى فى الوريد .

» التاسع — نعطى المريض حقنة نيوسلفرسان وريدية (٠,٦٠ من الجرام) .

» الحادى عشر — نعطى المريض (٥٠ جراما) من اليود الغروى فى الوريد وحقنة فى العضل (٢ سم٣) من الموثانول .

» الرابع عشر — نعطى المريض حقن نيوسلفرسان وريدية (٠,٦٠ من الجرام) .

» السادس عشر — نعطى المريض حقنة (٥٠ جراما) من اليود الغروى فى الوريد وحقنة فى العضل (٢ سم٣) من الموثانول .

في اليوم الثامن عشر — نعطي المريض حقنة نيوسلفرسان وريدية (٠,٦٠ من الجرام)
« الحادي والعشرين — نحلل البول للتأكد من عدم وجود زلال في البول ونعيد فحص القلب .
« الثاني والعشرين — نعطي المريض (٥٠ جراما) من اليود الغروي في الوريد، وحقنة موثانول (٢ سم^3) في العضل .
« الرابع والعشرين — نعطي المريض حقنة نيوسلفرسان وريدية (٠,٦٠ من الجرام)
« السادس والعشرين — نعطي المريض حقنة موثانول (٢ سم^3) في العضل .
« الثلاثين — نعطي المريض حقنة نيوسلفرسان وريدية (٠,٦٠ من الجرام)
« الثاني والثلاثين — نعطي المريض حقنة موثانول (٢ سم^3) في العضل .
« الخامس والثلاثين — نعطي المريض حقنة عضلية من سليوسلفرسان (ميوسلفرسان مقدار ٠,٦٠ من الجرام) .
« السابع والثلاثين — نعطي المريض حقنة موثانول (٢ سم^3) في العضل .
« الأربعين — نعطي المريض حقنة عضلية من سليوسلفرسان مقدار (٠,٦٠ من الجرام) .
« الثاني والأربعين — نعطي المريض حقنة موثانول (٢ سم^3) في العضل .
« السادس والأربعين — نعطي المريض حقنة من سليوسلفرسان مقدار (٠,٦٠ من الجرام) .
« الثامن والأربعين — نعطي المريض حقنة موثانول (٢ سم^3) في العضل .
« الثاني والخمسين — « « « « « «

فيكون المجموع :

يود غروي ... ... (٦٠٠ سم^3) في الوريد .
حقنة نيوسلفرسان (٣,٩٠ جرام) في الوريد } (٥,٧ جرام) في الرجال .
« ميوسلفرسان (١,٨٠ «) في العضل }
« موثانول ١٠ أنابيب سعة كل أنبوبة (٢ سم^3) .

بعد ذلك يعطى المريض راحة الى نهاية اليوم التسعين ، أى نهاية الثلاثة الشهور ، ثم يفحص بعدها الدم لوسرمان ، وكذا السائل النخاعى ، ثم نستمر فى علاج المريض لمدّة ثلاث سنوات ، كما هو مذكور فى بند الأدوار المتأخرة من الإصابة الزهرية .

وهذا العلاج كاف فى العادة لشفاء المريض من الإصابة بالشلل ، فاذا لاحظنا بعد هذا العلاج ضعفا فى تحريك الذراع مثلا أو اليدين أو القدمين فيصح للمريض بإجراء تنبيه كهربائى بواسطة البانتوستات .

علاج زهرى السحايا وما يتبعه من زهرى الأعصاب

قبل البدء فى علاج حالات التهاب السحايا الزهرى يجب فحص السائل النخاعى فحصا دقيقا شاملا ، كما سبق وشرحنا ذلك فى باب السائل النخاعى . ومن أهم ما يستوجبه الفحص معرفة كمية الجلوبيولين ، وعدد الخلايا الليمفاوية ، وعمل تفاعل وسرمان . وفى حالة إصابة السحايا تزداد كمية الجلوبيولين ، وكذا عدد الخلايا الليمفاوية . أما تفاعل وسرمان فمن الجائز أن يكون سلبيا فى الابتداء ، ويكون عادة إيجابيا فى الإصابات التى مضى عليها وقتا طويلا .

ونحن نعتمد فى العلاج على نظرية بذل السائل النخاعى مرارا ، فتزداد حركة إفراز السائل نشاطا فى الوقت الذى يكون فيه الدم مشبعا بإحدى مركبات النيوسلفرسان ، فيساعد ذلك على سحب كمية كبيرة من الأوعية الدموية وظهورها فى السائل النخاعى . وقد وجد بالتجارب أن العلاج بهذه الطريقة أنجع بكثير من حقن الأدوية مباشرة فى السائل النخاعى .

طريقة العلاج :

فى اليوم الأول — يحقن المريض حقنة نيوسلفرسان وريدية (٠,٤٥ من الجرام) وبعد نصف ساعة يبذل نحو (١٥ سم^{٣}) من السائل النخاعى .

« الثالث — يعطى المريض حقنة عضلية من الكنترامين أو التيودين (١سم^{٣}) وفى الوقت نفسه يحقن المريض حقنة عضلية من الموثانول (٢سم^{٣})

فى اليوم السادس — يحقن المريض حقنة نيوسلفرسان وريدية (٠,٤٥ من الجرام)
وبعد ساعة يبذل نحو (١٥ سم٣) من السائل النخاعى .
» الثامن — مثل اليوم الثالث .
» الحادى عشر — مثل اليوم السادس .
» الثالث عشر — مثل اليوم الثامن .
» السادس عشر — يحقن المريض حقنة نيوسلفرسان وريدية (٠,٤٥ من الجرام)
وبعد ساعة يبذل نحو (١٥ سم٣) من السائل النخاعى .
» الثامن عشر — مثل اليوم الثالث عشر .
» الحادى والعشرين — يحقن المريض حقنة نيوسلفرسان وريدية (٠,٦٠ من الجرام)
وبعد ساعة يبذل نحو (١٥ سم٣) من السائل النخاعى .
» الثالث والعشرين — مثل اليوم الثامن عشر .
» السادس والعشرين — مثل اليوم الحادى والعشرين .
» الثلاثين — مثل اليوم الثالث والعشرين .

[من اليوم الثلاثين الى اليوم الأربعين — راحة من العلاج]

فى اليوم الحادى والأربعين — يحقن المريض حقنة نيوسلفرسان وريدية (٠,٦٠ من الجرام)
وبعد ساعة يبذل نحو (٢٠ سم٣) من السائل النخاعى .
» الثالث والأربعين — مثل اليوم الثلاثين وحقنة عضلية كنترامين أوتيودين
وحقنة عضلية موثانول .
» السادس والأربعين — مثل اليوم الحادى والأربعين .
» الثامن والأربعين — » » الثالث »
» الحادى والخمسين — » » الحادى »
» الثالث » — » » الثالث »
» السادس » — » » الحادى »

فى اليوم الثامن والخمسين — مثل اليوم الثالث والأربعين .

» الحادى والستين — » » » »

فيكون المجموع (٥,٤٠ جرام) من النيوسلفرسان .

١٠ أنبوبات موثانول كل أنبوبة (٢ سم٣) .

١٠ » كنترامين أوتيودين كل أنبوبة (١ سم٣) .

وبعد مضى اليوم التسعين من العلاج يفحص السائل النخاعى للمقارنة بينه وبين حالته قبل العلاج، ويهمنا أن يتحوّل تفاعل وسرمان سلبيا، فإن لم يصبح سلبيا يعطى المريض راحة ثلاثة شهور ، ثم يكرر نفس العلاج ، ويتبع بعد ذلك نفس النظام العلاجى السابق شرحه فى حالات الزهرى الثانوى المتأخر أو الثلاثى، ثم تؤخذ فترة علاجية مدّة ثلاث سنوات، يكون فى نهايتها تفاعل الدم والسائل النخاعى لوسرمان سلبيا ، وبعدها يوضع المريض تحت المراقبة مدّة ثلاث سنوات يفحص فيها الدم أو السائل النخاعى مرة كل ستة شهور .

علاج زهرى المخ والنخاع الشوكى

أهم ما يجب أن نوجه مجهودنا العلاجى إليه فى هذا الباب إصابة الشلل العام للمجانين (G. P. I.) ومرض اختلاج الحركة (التابيز) .

مقدّمة — كان علاج هذين المرضين إلى وقت قريب من الأمور المستعصية التى استنفدت مجهود عدد كبير من الباحثين من العلماء، ومع أنه ظهرت الى الآن محاولات متعدّدة لمعالجة هذين المرضين ، إلا أن ذلك لا يمنعنا من التصريح بأن معظم هذه المحاولات ناجحة ، ويمكننا أن نعتمد على الأقل على أكثر من طريقة لتخفيف شدّة وطأة بعض الاصابات، والشفاء التام فى البعض الآخر. وطريقة العلاج نوعان : (الأولى) العلاج بالأدوية . (والثانية) طريقة العلاج برفع درجة حرارة المريض .

(أولا) العلاج باستعمال الأدوية :

(١) التريبارسميـــد .

(٢) التريبارسميد مع مواد شحمية مخية (Cerebral Lipoids) .

(٣) الأسيتارسون (Acetarsone) (الأسبيروسيد) (Spirocid) .

التريبارسميد مركب زرنيخى وقاتل ضعيف للأسبيروكيتا إلا أنه يمتاز بخاصية، وهى قدرته على اختراق الأغشية العصبية، وبذلك يمكننا أن نستفيد بميزته الأخيرة ونستعين ببعض الأدوية المساعدة الأخرى مثل الزئبق أو البزموت فى مساعدته على قتل الاسبيروكيتا، وبالأحرى على علاج المصاب . وترجع خاصية اختراقه للأغشية العصبية الى تركيبه الكيماوى، فهو مركب يتحد مع خمسة عناصر (Pentavalent) .

الجرعة وكيفية استعمال علاج الدواء — نبدأ بإعطاء المريض (٢جرام) من الدواء أسبوعيا، وفى خلال العلاج تزاد الى (٣جرام) أسبوعيا مع مراقبة حالة المريض واختيـار درجة احتماله للدواء، إذ يجب تقليـل الجرعة إذا ظهرت على المريض عوارض بخائية عقب استعماله ، والتريبارسميد سهل الذوبان فى المـاء، ويجب أن يكون المـاء المستعمل لإذابته مقطرا دفعتين ، وعند الاستعمال تكسر الأنبوبة المحتوية على مسحوق التريبارسميد، ثم يذاب ما فيها فى (٥ جرام) من المـاء المقطر دفعتين (بعد غليه لتعقيمه ثم يبرد قبل الاستعمال) . ويجب أن يكون المحلول صافيا خاليا من الرواسب ، كما هو الحال فى ذوبان حقن النيوسلفرسان ، ثم تملأ حقنة ريكورد التى تسع (٥ جرام)، ويحقن المحلول إما فى الوريد وإما فى العضل .

الاحتياطات الواجب اتخاذها قبـل حقن الدواء — لهـذا المركب خاصية غريبة، وهى التأثير فى عصب البصر، فالمريض المصاب بالتهاب عصب البصر بسبب الزهرى أو بغيره إذا أعطى له التريبارسميد فان حالة الالتهاب العصبية تزداد سوءا وتنتهى بضمور العصب السريع، لذلك يجب التأكد قبل استعمال الدواء من أن حالة البصر سليمة، ويستحسن دائما عرض المريض على إخصائى فى الرمد لفحص حالة قعر العينين والتأكد من سلامتهما .

المشاهدات بخصوص العوارض الناتجة من استعمال التريبارسميد — استعملت أنا شخصيا هذا المركب فى عشر حالات من التهاب الأعصاب الناتج عن التهاب السحايا، وكذا فى ثلاث حالات من زهرى المخ (Cerebral Syphilis)، وفى حالتين من الشلل العام للمجانين، وفى حالة من اختلاج الحركة، فصادفت العوارض الآتية :

(١) تورّم خفيف فى الوجه مع ميل المريض للحكة، وهى إحدى مظاهر الأرتكاريا (Urticaria)، وهـذا العارض صادفته فى حالة واحدة كان البول فيها خاليا من الزلال، وقد تلاشى عقب إعطاء المريض حقنة من كالسيوم ساندوز (٥ جرام) فى العضل مع حقنة أدرنالين (١/٢ سم٣) تحت الجلد .

(٢) صادفت فى إحدى حالات زهرى المخ (Cerebral Syphilis) حصول أرق متقطع لمدّة أسبوعين، وكنت أستعين على التغلب عليه باستعمال الجرع المسكنة مثل جرعة البارالدهيد، أو الكلورال، أو برشام اللونال . وقد تلاشى الأرق عقب استعمال الحقنة الثالثة من التريبارسميد .

(٣) صادفت فى إحدى حالتى الشلل العـام للمجانين زيادة فى حالة المريض التهيجية، وكان هـذا العارض مؤقتا بحيث مال المريض الى الهدوء عقب الحقنـة الثانية، أى بعد أسبوع من استعمال الدواء .

(٤) صادفت فى حالتين من التهاب الأعصاب فقـد شهية هذين المريضين للطعام، وكان هـذا لحسن الحظ فى أواخر العلاج، وعنـد وقف العلاج رجعت للمريضين شهيتهما وزاد وزنهما فى الأشهر التالية .

وقد ذكر الدكتور كويس برجمان فى المجلة الطبية الأمريكية للأمراض الزهرية فى عدد يوليه سـنة ١٩٣٤، أنه ظهرت بعض مضاعفات فى حالات قليلة عقب استعمال التريبارسميد، منها الصداع والاغماء البسيط والقىء والارتكاريا، وذكر أنه صادف حالة واحدة سقطت فيها جميع الأظافر عقب استعماله، كما لاحظ فى بعض حالات نادرة ظهور عوارض التهابات جلدية خفيفة .

من ذلك يمكننا أن نستنتج أن المظاهر التى يحتمل حصولها أثناء استخدام الحقن تكون عرضية مؤقتة، بحيث إذا لفتنا نظر المريض الى احتمال حصولها أثناء العلاج لايشعر بانزعاج أو غضاضة من الاستمرار فى علاجه، وهذه نقطة حساسة يجب الالتفات اليها ، خصوصا وأن مرضى الجهاز العصبى سريعو التأثر ، ميالون الى استبدال طرق العلاج ، والتنقل من يد طبيب الى آخر .

والجدول الآتى يبين كيفية السير فى علاج المريض بالتريبارسميد والبزموت، وذلك بعد فحص الدم لوسرمان، وتحليل السائل النخاعى لتقدير الخلايا الليمفاوية، وكمية الجلوبيولين، وعمل تفاعل وسرمان :

الميعاد	التريبارسميد	البزموت
فى اليوم الأول	٢ جرام فى الوريد	—
« الثالث	—	حقنة موثانول ٠,٤ جرام
« السابع	٢ جرام فى الوريد	—
« العاشر	—	حقنة موثانول ٠,٤ جرام
« الرابع عشر...	٢ جرام فى الوريد	—
« السادس عشر... ...	—	حقنة موثانول ٠,٥ جرام
« الحادى والعشرين ...	٣ جرام فى الوريد	—
« الرابع والعشرين ...	—	حقنة موثانول ٠,٥ جرام
« الثامن والعشرين ...	٣ جرام فى الوريد	—
« الحادى والثلاثين ...	—	حقنة موثانول ٠,٥ جرام
« الخامس والثلاثين ...	٣ جرام فى الوريد	—
« الثامن والثلاثين ...	—	حقنة موثانول ٠,٥٠ جرام
« الثانى والأربعين ...	٣ جرام فى الوريد	—
« الخامس والأربعين...	—	حقنة موثانول ٠,٥٠ جرام
« التاسع والأربعين ...	٣ جرام فى الوريد	—

الميعاد	التريبارسميد	البزموت
فى اليوم الثانى والخمسين ...	—	حقنة موثانول ٠,٥٠ جرام
« السادس والخمسين...	٣ جرام فى الوريد	—
« التاسع والخمسين ...	—	حقنة موثانول ٠,٥٠ جرام
« الثالث والستين ...	٣ جرام فى الوريد	—
المجموع ...	٢٧ جراما	٤,٣ جرام

بعد ذلك يأخذ المريض راحة حتى اليوم التسعين، وبعد ذلك، أى بعد مضى ثلاثة شهور من ابتداء العلاج، يفحص الدم لوسرمان وكذا السائل النخاعى، ويقارن بين هذه النتائج والنتائج المأخوذة قبل البدء فى العلاج، وتظهر نتيجة العلاج من الوجهة التحليلية عادة بعد الدور الأول من العلاج فى قلة كمية الجلوبيولين ونقص الخلايا الليمفاوية، وليس من الضرورى أن يتأثر تفاعل وسرمان فى السائل النخاعى بل المعتاد أن يتحول من إيجابى + + + الى إيجابى متوسط + + أو ضعيف + . ومن المعتاد أن يصبح هذا التفاعل سلبيا فى السائل النخاعى وكذا فى الدم بعد عمل ثلاث دورات من العلاج كاملة على الأقل .

فاذا صادفنا نجاحا فى زوال العوارض الاكلينيكية وتحسنا فى النتائج التحليلية عقب الدور الأول من العلاج يمكننا أن نعطى المريض راحة لمدة شهر آخر، قبل البدء فى دور جديد من العلاج . ونسير على هذا النمط مدة ثلاث سنوات، ما لم تظهر على المريض عوارض تشير الى عدم تحمله العلاج، ففى هذه الحالة تكون مدة الراحة بين ثلاثة أشهر وستة شهور، نبدأ بعدها العلاج من جديد فى شكل جرع مصغرة لا تزيد عن جرامين اثنين من التريبارسميد كل عشرة أيام .

أما اذا لم تظهر علامات تشير الى التحسن — وهذا نادر — عقب الدور الأول من العلاج، فيمكننا عقب التسعين يوما أن نعطى المريض جرامين اثنين من التريبارسميد فى العضل كل عشرة أيام، وكذا حقنة موثانول فى العضل مرة كل

أسبوع ، ويوقف العلاج بعد شهرين كاملين يأخذ المريض فى خلالها اثنى عشر جراما من التريبارسميد ونحو ثلاثة جرامات أو أربعة من الموثانول .

مظاهر التحسن الاكلينيكى عقب استعمال التريبارسميد :

(١) فى حالات التهاب الأعصاب المصاحبة لالتهاب السحايا يشعر المريض بتحسن ظاهر ، بحيث تزول عوارض الألم أو عوارض الشلل ، الأمر الذى لم نحصل عليه باستعمال أى مركب آخر فى علاج الزهرى .

(٢) فى حالات زهرى المخ (Cerebral Syphilis) تهدأ حالة المريض وتقل النوبات التى تطرأ عليه بشكل محسوس ، بل تتلاشى فى أكثر الأحوال .

(٣) فى حالات الشلل العام للجانين اتفق الأطباء على أن التريبارسميد أسهل دواء يمكن استعماله بنجاح كبير فى علاج المصابين ، ويمكننا أن نجزم بأنه اذا حضر لنا مريض يشكو من عوارض مقدّمة المرض (Prodromal Symptoms) أو أصيب بالشلل العام حديثا فان العوارض تزول بسرعة غير منتظرة . وقد لاحظت فى علاجى لحالتى الشلل العام بالتريبارسميد — وقد كانت الاصابة فى كلتيهما ترجع الى بضع سنين مضت — تحسنا ظاهرا فى النطق والكتابة ، وتركيزا فى قوة تفكير المريض ، وكذا هدوء المريض بعد تهيجه وميله إلى النوم نوما طبيعيا دون أن يتعاطى دواء مسكنا كما كان قبل العلاج . وكان ذلك عقب بضع حقن من التريبارسميد . وإنى أستعمل التريبارسميد بدون تردّد فى مرضى المستشفى الحكومية ، وسأستمر فى استعماله فى المرضى الخصوصيين لأن نتائج استعماله تشجع على الاستمرار فى العلاج به .

(٢) استعمال التريبارسميد مع مواد شحمية مخية (Cerebral Lipoids) — لاحظ بارجل (Bargel) البحاثة الأمريكى أنه اذا حقن المريض داخل البريتون بالمادة الشحمية المخية (Cerebral Lipoids) فان جسمه يكوّن أجساما دافعة (Antibodies) ليست عامة فقط ، بل إنها على وجه الخصوص مضادة لفعل الأنتيجين الشحمى (Lipoid antigen) . ومن المعلوم لنا أن الاسبيروكيتا

تحتوى على مواد شحمية (Lipoids) ، لذلك فإنى أعتقد أن حقن المريض بالمادة الشحمية المخية قد يفيد فى مرض الشلل العام للجانين ؛ وقد قوى اعتقادى هذا مانشرته مجلة الأمراض العصبية الأميريكية فى عدد مارس سنة ١٩٣٤ بهذا الخصوص . لذلك حصل بارجل على مركب من المادة الشحمية المخية بواسطة معامل واسن الأميريكية وبنى عليها تجاربه . ولما كان يجهل ما ستحدثه هذه الحقن من التغييرات فى المرض عوّل على إجراء تجربة الحقن على ستة مرضى لا يصلحون لطرق العلاج بالتريبارسميد أو بحمى الملاريا بسبب ضعف أجسامهم وكبر سنهم ، فأعطى كلا من الستة المرضى حقنة فى الألية من مركب المادة الشحمية المخية المجهزة بمقدار (١ سم٣) ، وأصبح يكرر الحقنة يوما بعد يوم حتى أصبح مجموع ماأخذه كل مريض عشرين حقنة . ولم يحقن واحدا من هؤلاء المرضى بأى دواء آخر من أى نوع كان ضدّ الزهرى . وقد لاحظ بعد إجراء تجاربه أن خمسة من الستة المرضى تحسنت حالتهم العقلية بشكل محسوس ، كما قد نقص فى أربعة منهم عدد الخلايا الليمفاوية فى السائل النخاعى الى النصف . أما الاثنان الباقيان فلم يحصل لهما تغيير يذكر فى عدد الخلايا المذكورة .

فلما شعر بارجل بهذه الفائدة جمع بين استعمال حقن التريبارسميد وبين حقن المركب الشحمى المخى ، وأجرى تجاربه على عدد كبير من المرضى ، وأعطى كل مريض ثلاثة جرامات من التريبارسميد مرة فى كل أسبوع لمدّة عشرة أسابيع ، وأعطى بعض هؤلاء المرضى حقن المركب الشحمى المخى فى نفس اليوم الذى تعطى فيه حقنة التريبارسميد ، والبعض قبلها بيوم أو اثنين ، والبعض الآخر بعدها بنفس المدّة تقريبا ؛ واستنتج من تجاربه أن العلاج الذى يجمع بين التريبارسميد وبين المركب الشحمى المخى يحدث تحسينا ظاهرا فى النتائج التحليلية أكثر بكثير مما تحدثه حقن التريبارسميد أو المركب الشحمى المخى من التغيير كلا على حدة ، وقد لاحظ فضلا عن ذلك زيادة وزن ستة من المرضى وتحسنا ظاهرا فى قواهم العقلية .

أما النتائج التحليلية التى عثر عليها فى مريضين لم يظهر عليهما تحسن فى العوارض الإكلينيكية فكانت كما يأتى :

قبل العلاج	بعد العلاج
المريض الأول	
نتيجة تحليل الدم لوسرمان وبطريقة كاهن (Kahn)	نتيجة تحليل الدم لوسرمان وبطريقة كاهن (Kahn)
+ + + +	؟ ±
عدد الخلايا الليمفاوية فى السنتيمتر المكعب من السائل النخاعى ٧٤	عدد الخلايا الليمفاوية فى السنتيمتر المكعب من السائل النخاعى ٥
(Lange Gold Sol curve)	(Lange Gold Sol curve)
٠٠١ ٢ ٣٣ ٢٢ ١١	٠٠٠٠١١١٢٢
المريض الثانى	
نتيجة تحليل الدم لوسرمان وبطريقة كاهن	نتيجة تحليل الدم لوسرمان وبطريقة كاهن
++++	++++
عدد الخلايا الليمفاوية فى السنتيمتر المكعب من السائل النخاعى ٧٨	عدد الخلايا الليمفاوية فى السنتيمتر المكعب من السائل النخاعى ٤٧
(Lange Gold Sol curve)	(Lange Gold Sol curve)
٠١٢٢٣ ٣٣٤٥٤	٠٠ ١١١ ٢٣ ٣ ٤٤

وقد حصل بارجل على نتائج تحليلية تشير الى تحسن المريض على هذا العلاج المزدوج ، وخصوصا فيما يتعلق بعدد الخلايا الليمفاوية ، وكذلك فى نقص كمية الجلوبيولين ، وكذلك فى انخفاض الرسم البيانى لتجربة لانج (Lange Gold Sol curve) ،

وكذا لاحظ تحسينا فى نتائج وسرمان ســواء أ كانت فى الدم أم فى السائل النخاعى. واستنتج أخيرا أن العلاج المزدوج أقوى من العلاج بالتريبـارسميد وحده ، وإن كان الأخير ذو فائدة محسوسة عند استعماله منفردا .

والجـدول الآتى يبين نتيجة العـلاج المزدوج وكميتـه من تجربتـه على عشرة مرضى :

الحـالات	عدد الحقن الشحمية المحيـة	عدد حقن التريبـارسميـد	الزيادة فى الوزن بالارطال
الأولى	٢٠	٦	٦
الثانيـة	٢٠	٥	٢٠
الثالثـة	٢٤	٨	١٠
الرابعـة	٢٠	١٠	٨
الخامسة	٢٠	١٠	٩
السادسة...	٢٠	١١	٩
السابعـة...	٣٠	١٠	٦
الثامنـة	٣٤	١٠	٤
التاسعة	٢٤	١٠	٥
العاشرة	٢٠	٧	١١

(٣) العـلاج بالأسيتارسون (Acetarsone) (الأسبيروسـيد أو الأستوفارسول) :

الأسيتارسون مركب زرنيخى متحد مع خمسـة عناصر ، فهو يشـابه فى ذلك التريبارسميد ونسبة الزرنيخ فيه (٢٧٪)، وقد ظهر المركب نفسه أصلا فى ألمـانيا تحت اسم سبيروسيد (Spirocid) وفى فرنسا يطلق عليه ستوفارسول .

وقد ظهرت مؤلفات عدّة فى ألمانيا والنمسا وفرنسا بخصوص استعمال الأسيتارسون بطريق الفم لعلاج الزهرى الوراثى ، وكذا استعماله للوقاية . وأوّل من استعمل الأسيتارسون فى أمريكا الطبيبان كريجور وجاستينيو (Cregor & Gastineau) حيث استعملاه فى علاج حالات زهرى ثانوى .

وكانا يضعان الدواء بشكل برشام لمرضاهم ، واستنتجا من علاجهما أن الأسيتارسون يضيع معالم الطفح الثانوى ، كما أنه يحسن النتائج التحليلية للدم .

وقد أجرى الأطباء الأمريكيون هورستر (Horster) وجريد (Griede) ورازيس (Raiziss) تجاربهم الخاصة بهذا المركب على الحيوان ، واستنبطوا أن الأسيتارسون له قدرة اختراق الأغشية العصبية ، وأنه ليس مفيدا فقط كعلاج وقائى ضد زهرى الأعصاب ، ولكنه علاج شاف فى حالات الاصابات الزهرية العصبية . وزيادة على ذلك فقد أظهر رازيس أن المركبات الزرنيخية التى تتحد مع خمسة عناصر (والأسيتارسون أكثر من التريبارسميد) عند إعطائها حقنا فى الوريد فإنها تخترق الأغشية العصبية بسهولة أكثر من المركبات التى تتحد مع ثلاثة عناصر (Trivalent) بسبب أنها غروية التركيب ، وعلى ذلك فمن وجهة اختراق الأغشية العصبية يعتبر الأسيتارسون حاويا لمزايا التريبارسميد ، وفوق ذلك فهو أقوى من التريبارسميد فى قتل الاسبيروكيتا ، ولذا يمكننا أن نعتبره محتويا على مزايا أكثر من التريبارسميد .

تحضير الدواء وطريقة العلاج :

الأسيتارسون الحمضى (وهو المركب الأصلى الذى حضره رازيس) غير قابل للذوبان فى الماء ، لذلك يجب تحويله الى مركب قلوى ولتحضير أسيتارسون الصودا (Sodium Acetarsone) نذيب جراما واحدا من الأسيتارسون الحمضى فى (٩ سم^{٣}) من محلول هيدروكسيد الصودا (٤ ٪) . وبعد أن يذاب المسحوق نضيف اليه (١١ سم^{٣}) من الماء المقطر المعقم ، فيكون المجموع (٢٠ سم^{٣}) . بعد

ذلك نرشح المحلول ونحقنه فى الوريد بحقنة سعتها (٢٠ جراما) . وعند الرغبة فى استعمال مقادير أصغر من الأسيتارسون تستعمل نفس الطريقة ، وإنما تذاب كمية أصغر من هيدروكسيد الصودا والماء المقطر المعقم .

ويوجد الآن فى الأسواق المصرية مركب استوفارسول الصوديوم (Stovarsol sodique) من مصنع (Ciba) ويمكن استعماله مباشرة (وذلك بأن يذاب جرام واحد من المسحوق فى (١ سم^{٣}) من الماء المعقم المقطر، ثلاث مرات فى الأسبوع، بحيث لا يزيد مجموع ما يستعمل عن (٢١ جراما) ونحقن المحلول إما فى الوريد وإما تحت الجلد . ويصح أن يكرر دور العلاج المكوّن من (٢١ جراما) دائماً، وذلك بعد انقضاء شهر على الأقل بعد الدور الأوّل . ويجوز أن يصغر المقدار الذى يعطى للمريض أسبوعيا حسب قدرته على تحمل الدواء ، ولذلك يصح أن نبدأ الحقن بمقدار (½ جرام) تزاد الى جرام واحد بعد الحقنة الثالثة ، وكما هو الحال فى التريبارسميد ، يعطى المريض دورا من البزموت مع الأسيتارسون ليكون التأثير أشدّ فعلا مما لو استعمل الأسيتارسون على حدة .

المضاعفات الناتجة من استعمال الأسيتارسون :

لم تظهر عوارض تسممية مهمة عقب استعمال الأسيتارسون، كما أنه لم يلاحظ على المرضى أى رد فعل سريع أو متأخر، غير أنه عند بدء تجربته استعملت جرعة كبيرة مباشرة (جرام) فكان يشكو كثير من المرضى بألم جهة المعدة وتهوّع وقىء وإسهال . هذه العوارض يمكن تلافيها اذا بدأنا العلاج باعطاء المريض من (¼ جرام) الى (½ جرام)، وتكرر الجرعة أربع مرات قبل أن تزاد الى جرام . وقد ظهرت فى حالة من حالات التجربة عوارض التهاب جلدى (Dermatitis) وقد تلاشت بسرعة بالعلاج .

التغييرات البصرية :

ظهرت بعض مضاعفات بصرية عقب استعمال جرعة كبيرة وريدية ، وهـذه المضاعفات أمكن تلافيها بسبب استعمال كميات مصغرة وتحت الجلد ، على أنه يجب أن نعرف أن الحالات التى ظهرت فيها مضاعفات بصرية عقب استعمال التريبارسميد لم تظهر عليها مضاعفات عقب استعمال الأسيتارسون ، مما يدل على أن الأخير يحدث مضاعفات أقل بكثير من التريبارسميد .

(ثانيا) العلاج برفع درجة حرارة المريض :

ينقسم هذا النوع من العلاج الى قسمين :

(١) العلاج برفع درجة حرارة المريض باستعمال حقن من شأنها رفع درجة الحرارة .

(٢) العلاج بواسطة الملاريا .

(١) العلاج برفع درجة حرارة المريض باستعمال حقن خاصة :

يستعمل لهذا الغرض حقن اللبن مقدار (٢ سم٣) تزاد الى (٥ سم٣) . وطريقة الاستعمال هى أن يغلى اللبن ، وتنزع منه الطبقة الدهنية ، ثم تملأ الحقنة بالمقدار المطلوب ، وتحقن فى العضل . وقد تحدث الحقنة التهابا يستمر بضعة أيام ثم يزول . وتكرر الحقنة مرتين فى الأسبوع ، ويمكن أن يستعمل الكازين ياترين فى العضل (٥ سم٣) أو فى الوريد (١ سم٣) ، وكذا يمكن استعمال مصل الحصان (Horse serum) ، وكذا التيوباركلين (Tuberculin) أو فاكسين التيفود .

هـذه الوسائل كلها من شأنها رفع درجة حرارة المريض ، فيؤثر ذلك على الاسبيروكيتا فى المخ أو النخاع أو الأعصاب .

(٢) العلاج بوساطة الملاريا :

ينقسم هذا النوع من العلاج الى قسمين .

القسم الأول — يستعمل فيه دم المريض المصاب بحمى الملاريا الثلاثية الحميدة (Benign Tertian) ، والثانى بتعريض المريض لناموس الملاريا . ففى

الأولى يحقن المريض المصـاب بالزهرى العصبى فترتفع درجة حرارته فى فترات معينة . وهذه الحرارة التى قد تصل الى (٤١) درجة سنتيجراد من شأنها أن تقتل الاسبيروكيتا فى المخ والنخاع وملحقاتهما . وقد لوحظ أنه تحصل تغييرات كيماوية فسيولوجية فى دم المريض من حيث التركيب، وهذا التغيير نفسه له تأثير على حياة الاسـبيروكيتا ، زيادة على التأثير الناشئ عن مجرّد رفع الحرارة . وهـذا التغيير هو كالآتى :

(١) نقصان كمية المـادة الزلاليـة فى مصل دم المريض من (٨ جرام) الى (٦ جرام) فى كل (١٠٠ سم٣) من الدم . وهـذا النقص يشمل الزلال Serum Albumin) والجلوبيولين (Globulin) والجلوبيولين الكاذب (Psuedoglobulin)

(٢) زيادة فى كمية اليوجلبيولن (Euglobulin) .

كيفية حقن المريض بدم مريض مصاب بالملاريا :

نستعمل لذلك دم مريض مصاب بالملاريا ولم يسبق أن أخذ كينين ، سواء كان حقنا أو بطريق الفم، فنأخذ من الوريد نحو (٣ سم٣) . ونحقنه مباشرة تحت الجلد فى المريض المصاب بالزهرى ، ويلاحظ بعد إدخال الإبرة تحريكها فى أكثر من اتجاه واحد ليساعد ذلك على سرعة امتصاص الدم، بعد مدّة تتراوح بين أسبوع وأسبوعين ترتفع درجة حرارة المريض بسبب ظهور دور الملاريا ،ويجب ألا يعطى المريض مركبات زرنيخيـة خلال هـذا العلاج ، لأنه يغير أدوار الحرارة ويقلل من شدّتها .

وإذا أخذت الملاريا دورها المعتـاد فى المريض بالزهرى فيجب ألا نفكر فى وقف الحرارة إلاّ عند اللزوم، وذلك فى حالة ظهور الضعف على المريض أو إنهاك قوّته بسبب كثرة نوبات الحرارة التى تطرأ عليه . والمعتاد أن تبدأ عوارض إنهاك القوى والضعف عقب إصابة المريض بعشرة أدوار من الحرارة تقريبا . ففى هذه الحالات نبدأ باعطاء المريض جراما من برشام الكينين يقسمه الى جرعتين، نصف

جرام فى الصباح والنصف الآخر فى المساء، ولا يستمر العلاج عادة أكثر من ثلاثة أو أربعة أيام، وإذا اقتضى الحال نستمر فى إعطاء المريض نصف جرام من الكينين يوميا لمدة أربعة أيام أخرى . ويعقب إعطاء الكينين عدم ارتفاع حرارة المريض بعد ذلك .

وإذا ظهرت على المريض عوارض اليرقان أثناء الإصابة بالملاريا، فهذا عارض بسيط نشأ عن التغيير فى كرات الدم الحمراء وليس له علاقة بالكبد، لذلك لا يوقف العلاج بسبب ظهور هذه المضاعفة البسيطة السريعة الزوال .

ويشترط فى المريض الذى يوصف له هـذا العلاج (علاج الملاريا) أن يكون متوسط السنّ، قوى البنية، سليم القلب، وإلا كان عرضة لمخاطر ارتفاع الحرارة وخصوصا بالنسبة للقلب . وبعـد علاج الملاريا تتحسن صحـة المريض المصاب بالزهرى وتزول عوارض الاصابة العصبية .

أما الطريقة الثانيـة وهى تعريض المصاب للبعوض الحامل لنوع معين من الملاريا (Benign Tertian)، وهو (الحميد الثلاثى)، فقـد ظهر أنها أفيد للمريض وأشدّ تأثيرا فى إصابته العصبية . والطريقة المستعملة هى أن ينام المريض فى سرير تغطيه كلة تغطية كاملة، ويوضع داخل الكلة بعوضة أو أكثر حاملة للنوع الحميد الثلاثى من الملاريا، وترفع الكلة بعد بضعة أيام بعد أن نتأكد من إصابة المريض بالملاريا، وذلك بظهور ارتفاع درجة حرارته . وتمتاز طريقة تعريض المريض للبعوض الحامل للملاريا عن طريقة حقن المريض بدم مصاب بالملاريا بالنقط الآتية :

(أولا) التأكد من أن المريض تعرّض لإصابة معينة من الملاريا .

(ثانيـا) لا يتعرّض المريض لخطر حقنه بالميكروب السبحى (Streptococci) المنقول مع دم المصاب بالملاريا .

(ثالثـا) التأكد من إصابة الملاريا إصابة طبيعية، لأن الإصابة المنقولة ربما كانت أضعف من الإصابة الطبيعية .

(رابعــا) فى حالات العدوى ببعوض الملاريا يمكننا أن نعطى المريض فى فترة التفريخ (Incubation period) العــلاج المضاد للزهرى ، مثل استعمال المركبات الزرنيخية دون أن يؤثر ذلك فى ظهور نوبات الحرارة فى موعدها ، ولا يمكننا عمل ذلك فى حالة الدم المنقول ، لأنه ربما سبب ذلك الشفاء من الملاريا قبــل ظهور عوارضها الإكلينيكية .

ملاحظات عن علاج الأنثى المصابة بالزهرى وقت الحمل :

إن علاج المرأة ضــد الزهرى وقت الحمل من الأهميــة بمكان ، لمصلحة الأم والجنين على السواء . ويجب أن يستمر العلاج مدّة الحمل ، بأن تعالج المريضة مرة كل ثلاثة أشهر ، فتأخذ بذلك ثلاثة أدوار من العلاج مدّة حملها ، ثم تستمر بعــد الوضع فى العلاج الأصلى كالمعتاد .

غير أنه لمــا كان يهمنا ألا نثقل الكليتين بأدوية من شأنها التأثير عليها ، مثــل الزرنيخ والبزموت والزئبق ، فلذلك يحسن أن نستعمل علاجا مخففا مكوّنا من دواء واحد ، وليكن حقن النيوسلفرسان . ونفضل الحقن الوريدية عن الحقن العضلية لشدّة تأثيرها وسرعة إفرازها . ويستحسن دائما فى علاج الحاملات أن نكرر جرعا مصغرة فى فترات قريبــة من بعضها بدلا من إعطاء حقنة واحدة كبيرة أسبوعيا . ويمكننا أن نصف للمريضــة اليودوجينول بمقــدار عشرة نقط بعد الأكل ثلاث مرات فى اليوم ، فإذا شعرت الحامل بتهوّع أو صداع أو همود فنقف عن إعطائه فترة ثم نعــود لاستعماله فترة أخرى ، كما أنه يجــوز إعطاء كميات صــغيرة من حقن البزموت فى وســط العلاج بالنيوسلفرسان ، هــذا إذا لم يظهر زلال فى البول أثناء العــلاج .

ولمــا كان ترتيب العلاج يشابه تماما ما سبق وصفه فى حالات القرح الزهرية مع عدم استعمال البزموت أو الزئبق ، لذلك نكتفى هنا بالإشارة ولا نرى داعيا لإعادة ماسبق شرحه فى هذا المعنى . ويكون مجموع ما تأخذه الحامل فى دورة علاج كاملة

حوالى أربعة جرامات من النيوسلفرسان ، وجرامين من البزموت، أو نصف جرام من الزئبق .

ويجب تحليل بول المريضة مرة كل أسبوع للتأكد من خلوه من الزلال ، كما يجب فحص قلبها مرة كل شهر للتأكد من سلامته .

ومن المهم جدّا ملاحظة أن المرأة التى أصيبت مرة بالزهرى وأخذت علاجا ولو كاملا، سواء كان قبل الزواج أو أثناء الحمل، يجب أن يكرر علاجها أثناء كل حمل فى المستقبل، سواء كانت نتيجة الدم لوسرمان سلبية أو إيجابية، لأن التساهل فى اتباع هذه القاعدة يعرّض الجنين للإصابة بالزهرى الوراثى .

علاج الزهرى الوراثى

يمكن أن نقسم علاج الجنين الى الأقسام الآتية : (١) علاج وقائى . (٢) علاج قبل الوضع . (٣) علاج بعد الوضع .

(١) العلاج الوقائى — يجب البحث عنه فى الوالد، الذى يكون عادة هو الأصل فى نقل العدوى الى الأم ثم الى الطفل . فاذا سبق أن عولج الوالد من الزهرى علاجا أصليا، لم يقل عن ثلاث سنوات أعقبتها ثلاث سنوات أخرى تحت الاختبار فحص فيها الدم والسائل النخاعى، فزيادة فى التأكد من الشفاء يصح له أخذ دورة علاج من البزموت أو الزئبق قبل الزواج مباشرة . أما إذا تزوج الرجل وكان مصابا عن طريق الخطأ أو الجهل بحالته، فيجب أن يبدأ علاجه فى الحال وننصحه بألا يمس امرأته .

(٢) علاج قبل الوضع — هذا معناه علاج الأم من الزهرى وقت الحمل، وقد شرحت ذلك فى الباب السابق (علاج الأنثى أثناء الحمل) .

(٣) العلاج بعد الوضع — تتوقف كمية العلاج المعطاة للطفل المصاب بالزهرى الوراثى حسب عمره ووزنه وحالته الصحية ومظاهر المرض الإكلينيكية،

ومن المستحسن البدء فى علاج الطفل بعد الولادة مباشرة حتى يتيسر لنا علاجه قبل أن تؤثر الاسبيروكيتا فى أحشائه وقلبه وفى الكليتين والمخ ، وفى نموّه على وجه العموم . ويمكن أن يتحمل الطفل أى نوع من العلاج يعطى للبالغين ، مع مراعاة الجرعة المناسبة ، وكذا يمكننا أن نجمع بين أى نوعين من الأدوية المضادة للزهرى فى علاج الطفل ، مثل النيوسلفرسان أو السلفرسينول أو سليوسلفرسان أو سلفمساركاروش والبزموت أو النيوسلفرسان والزئبق . والمعتاد إعطاء الطفل حقنا عضلية نظرا لصعوبة إعطائه حقنا وريدية ، ولكن إذا تيسر إعطاؤه ذلك فى الوريد فيجب أن يفعل ذلك لأن الحقنة الوريدية أسرع تأثيرا فى الوجهة العلاجية من الحقن العضلية ؛ والأوردة التى يجوز أن نحقن الطفل فيها هى أورد الرقبة (Jugular Vein) أو فروة الرأس . ومن الجائز أن يتألم الطفل قليلا من الحقن العضلية إلا أنه ما دامت هذه الحقن لا تحدث له تدرّنا أو تورّما أو التهابا فى الأليتين فيمكن الاستمرار فى العلاج دون مضايقة الطفل كثيرا . وكما نفعل مع البالغين نفعل مع الطفل فنعطيه أدوارا علاجية مرة كل ثلاثة شهور -يعطى فى الشهرين الأولين منها العلاج بالحقن ، وفى الشهر الثالث يأخذ الطفل مقدارا مناسبا له من شراب يودور الحديد . ويمكننا أن نلاحظ درجة تحمل الطفل للعلاج . فاذا تحسنت صحة الطفل وأخذ وزنه فى الزيادة اعتبرنا ذلك دليلا على نجاح العلاج و إمكان الاستمرار عليه .

مقدار ما يعطى للطفل من الجرعة العلاجية — المعتاد إعطاء الطفل سنتيجراما واحدا من حقن (٩١٤) عضلية أو وريدية ، لكل كيلو جرام واحد من وزن الطفل فى الابتداء أو لكل (٢,٢ من الأرطال) . أما الطفل الحديث الولادة فيجب إعطاؤه كميات مصغرة فى الابتداء ، والمعتاد إعطاؤه أربعة ملليجرامات من المركبات الزرنيخية تزاد تدريجيا بحيث لا تتعدّى الجرعة النهائية سنتيجراما ونصفا ؛ وعند استعمال المركبات البزموتية نبدأ باعطاء الطفل المولود عشرين ملليجراما من البزموت تزاد تدريجيا بحيث تصل الحقنة الأخيرة الى خمسين ملليجراما ؛ كما أنه عند

استعمال الزئبـق نبدأ بإعطاء الطفـل المولود ثلاثة ملليجرامات ، تزاد تدريجيا الى خمسـة ملليجرامات ، ويكون مجموع ما يأخذه الطفل المولود من مركبات (٩١٤) فى دورة العلاج الأولى ما بين سبعة سنتيجرامات وعشرة، وما يأخذه من البزموت ما بين ثلاثين وأربعين سنتيجراما، وما يأخذه من الزئبق ثلاثة سنتيجرامات .

والجدول الآتى يشير الى طريقة علاج الطفل الحديث الولادة :

الميعـاد	حقنة(٩١٤)وريدية أوسليوسلفرسان أو سلفمساركا روش عضلية	حقنة بزموت	أو حقنة زئبـق
فى اليوم الأول	٠،٠٠٤ جرام	٠،٠٢٥ جرام	أو ٣ ملليجرام
« الثـالث	—	—	—
« الخامس	٠،٠٠٤ جرام	—	—
« السـابع	—	٠،٠٢٥ جرام	أو ٣ ملليجرام
« الثـامن	٠،٠٠٤ جرام	—	—
« العـاشر	—	٠،٠٢٥ جرام	أو ٣ ملليجرام
« الثـانى عشر ...	٠،٠٠٥ جرام	—	—
« الرابـع عشر ...	—	٠،٠٤ جرام	أو ٥ ملليجرام
« الخامس عشر ...	٠،٠٠٥ جرام	—	—
« السـابع عشر ...	—	٠،٠٤ جرام	أو ٥ ملليجرام
« الثـامن عشر ...	٠،٠٠٨ جرام	—	—
« الحادى والعشرين	—	٠،٠٥ جرام	أو ٦ ملليجرام
« الثـانى والعشرين	٠،٠٠٨ جرام	—	—
« الخامس والعشرين	—	٠،٠٥ جرام	أو ٦ ملليجرام
« السـابع والعشرين	٠،٠١٠ جرام	—	—
« الثلاثين	—	٠،٠٥ جرام	أو ٦ ملليجرام

[من اليوم الثلاثين الى الأربعين — راحة تامة من العلاج]

الميعاد	حقن (٩١٤) وريدية أو سلبوسلفرسان أو سلفمساركا روش عضلية	حقنة بزموت	أو حقنة زئبق
فى اليوم الحادى والأربعين	٠،٠١٠ جرام	—	—
« الخامس والأربعين	—	٠،٠٥ جرام	أو ٦ ملليجرام
« الثامن والأربعين	٠،٠١٥ جرام	—	—
« الخامس والخمسين	٠،٠١٥ جرام	—	أو ٦ ملليجرام
« الستين	—	٠،٠٥ جرام	أو ٦ ملليجرام
المجموع ...	٠،٠٨٨ جرام	٠،٤٠٥ جرام	أو ٤٩ ملليجرام

وبعد ذلك نعطيه شراب يودور الحديد أربع نقط ثلاث مرات فى اليوم ، وذلك لفترة تتراوح بين أسبوعين الى ثلاثة أسابيع .

والعلاج لطفل عمره سنتان يكون على النحو الآتى :

الميعاد	حقن (٩١٤) عضلية أو وريدية	حقن البزموت	أو حقن الزئبق
فى اليوم الأول	٠،٠٥ جرام	—	—
« الثالث	—	٠،٠٥ جرام	أو ٦ ملليجرام
« الخامس	٠،٠٥ جرام	—	—
« السابع...	—	٠،٠٥ جرام	أو ٦ ملليجرام
« الثامن...	٠،٠٥٥ جرام	—	—
« العاشر...	—	٠،٠٦ جرام	أو ٨ ملليجرام
« الثانى عشر	٠،٠٥٥ جرام	—	—
« الرابع عشر	—	٠،٠٦ جرام	أو ٨ ملليجرام
« الخامس عشر ...	٠،٠٥٥ جرام	—	—
« السابع عشر ...	—	٠،٠٨ جرام	أو ١٠ ملليجرام
« الثامن عشر ...	٠،٠٦ جرام	—	—
« الحادى والعشرين	—	٠،٠٨ جرام	أو ١٠ ملليجرام

الميعاد	حقن (٩١٤) عضلية أو وريدية	حقن البزموت	أو الزئبق
فى اليوم الثانى والعشرين	٠٫٠٦ جرام	—	—
« الخامس والعشرين	—	٠٫٠٨ جرام	أو ١٠ ملليجرام
« السابع والعشرين	٠٫٠٦ جرام	—	—
« الثلاثين ...	—	٠٫٠٨ جرام	أو ١٠ ملليجرام
[من اليوم الثلاثين الى الأربعين — راحة تامة من العلاج]			
فى اليوم الحادى والأربعين	٠٫٠٧٠ جرام	—	—
« الخامس والأربعين	—	٠٫٨٠ جرام	أو ١٠ ملليجرام
« الثامن والأربعين	٠٫٠٧٠ جرام	—	—
« الخامس والخمسين	—	٠٫٨٠ جرام	أو ١٠ ملليجرام
« الستين	٠٫٠٧٥ جرام	—	—
المجموع ...	٠٫٦٦٠ جرام	٠٫٧٠ جرام	٨٨ ملليجرام

بعد ذلك يأخذ الطفل مزيج يودور الحديد بمعدّل ثمانى نقط، ثلاث مرات فى اليوم لمدة تتراوح بين أسبوعين وثلاثة؛ والطفل الذى عمره حوالى عشر سنوات يكون علاجه على الوجه الآتى :

الميعاد	حقن (٩١٤) عقلية وريدية	حقن البزموت	أو حقن الزئبق
فى اليوم الأول	٠٫٠٨ جرام	—	—
« الثالث...	—	٠٫١٠ جرام	أو ٠٫٠٢ جرام
« الخامس...	٠٫٠٨ جرام	—	—
« السابع	—	٠٫١٠ جرام	أو ٠٫٠٢ جرام
« الثامن	٠٫٠٨ جرام	—	—
« العاشر...	—	٠٫١٠ جرام	أو ٠٫٠٢ جرام
« الثانى عشر	٠٫١٠ جرام	—	—

الميعاد	حقن(٩١٤)عضلية وريدية	حقن البزموت	أو حقن الزئبق
فى اليوم الرابع عشر	—	٠,١٢ جرام	أو٠,٠٢٥جرام
« الخامس عشر	٠,١٠ جرام	—	—
« السابع عشر	—	٠,١٢ جرام	أو٠,٠٢٥جرام
« الثامن عشر	٠,١٠ جرام	—	—
« الحادى والعشرين	—	٠,١٥ جرام	أو٠,٠٣٠جرام
« الثانى والعشرين	٠,١٢ جرام	—	—
« الخامس والعشرين	—	٠,١٥ جرام	أو٠,٠٣٠جرام
« السابع والعشرين	٠,١٢ جرام	—	—
« الثلاثين	—	٠,١٥ جرام	أو٠,٠٣٠جرام
[من اليوم الثلاثين الى الأربعين — راحة من العلاج]			
فى اليوم الحادى والأربعين	٠,١٥ جرام	—	—
« الخامس والأربعين	—	٠,١٥ جرام	أو٠,٠٣٠جرام
« الثامن والأربعين	٠,١٥ جرام	—	—
« الخامس والخمسين	—	٠,١٥ جرام	أو٠,٠٣٠جرام
« الستين	٠,١٥ جرام	—	—
المجموع	١,٢٣ جرام	١,٢٩ جرام	أو٠,٢٦ جرام

بعد ذلك يأخذ الطفل مزيج يودور الحديد بمعدّل خمس عشرة نقطة بعد الأكل، ثلاث مرات فى اليوم مدّة أسبوعين أو ثلاثة، بعد مضى شهر على العلاج السابق يفحص الطفل إكلينيكيا ويحلل الدم لوسرمان، وعلى حسب النتائج التى نحصل عليها يمكننا أن نكرر العلاج دفعات مختلفة مراعين فى ذلك صحة الطفل العامة ودرجة

تحمله للعلاج السابق، وتجب ملاحظة أنه من المفيد للطفل تغيير طريقة العلاج من آن الى آخر، بمعنى أنه اذا أخذ مرة حقنا وريدية من (٩١٤)، فعلينا أن نعطيه حقنا عضلية منها فى المرة التالية، وبالمثل فى الزئبق . كما أنه يصح أن يتخلل أدوار العلاج أدوار علاج بسيطة تشمل الزئبق أو البزموت مع يودور البوتاسيوم . وعلينا أن نراعى صحة الطفل العامة فنعطيه مركبات حديدية اذا اقتضت الضرورة ذلك، أو شراب فيللوز (Fellows' Syrup) بقصد تقويته .

ويجب أن نستمر على علاج الطفل من سنتين الى أربع حسب نتائج الدم عقب كل علاج، وأن يبقى الطفل تحت الملاحظة سنتين أخريين قبل أن نعطى له شهادة بالشفاء .

القســـــم الثـانى

السـيلان

مقدّمة — السيلان مرض معد معروف من زمن بعيد، واكتشف ميكروبه المسبب للمرض — وهو ميكروب الجونوكوك — العلامة نيسر (Neisser) فى سنة ١٨٧٩ م . والإصابة بهذا المرض الخبيث آخذة فى الانتشار، وخصوصا بين الشبان من طلبة المدارس والصناع والموظفين الذين تنتقل إليهم العدوى من النساء الساقطات .

ومن الأسف الشديد أن هذا المرض على سرعة انتشاره وشدّة مضاعفاته فان العناية الموجهة لمكافحته لازالت فى بدايتها، وطرق العلاج والوقاية مشتتة النواحى، فلا تكاد ترى طبيبين إخصائيين يستعملان نفس العلاج فى حالتين متشابهتين . كما أن حالة المصاب النفسية المصحوبة بالحياء تدفعه فى كثير من الأحوال لإخفاء حالته، واستعمال المحاليل والعقاقير التى يقدّمها له صديق أو صيدلى، فلا يتقدّم للطبيب المعالج إلا بعد مضى وقت كاف لانتقال المرض من المجرى الأمامى الى المجرى الخلفى . وقد لاحظت أن المريض إذا سأله الطبيب عن مدة مرضه أجاب بأنه لم يمض على إصابته غير أسبوع أو عشرة أيام، مع أن الحقيقة خلاف ذلك . والواقع أنه مصاب منذ أسابيع أو أشهر . وهذه النقطة لها أهميتها للطبيب المعالج إذ يجب عليه أن يفحص فى كل حالة المجرى الخلفى، ويتأكد من سلامته أو إصابته بالسيلان، حتى لايكون سببا فى إصابة المريض بمضاعفات يصعب علاجها وربما عاش بائسا طول حياته بسببها .

ومن المهم جدا ملاحظة أن السيلان مرض لاتقاس درجة الشفاء منه بالفحص البكتريولوجى فقط، وعدم ظهور الجونوكوك فى الشريحة الزجاجية المحتوية

على إفراز الصباح لايدل على عدم وجود الإصابة بالسيلان فى المجرى البولى، كما أن انقطاع الإفراز من المجرى لا يدل على الشفاء . فكثيرا ما تكون الخيوط الموجودة فى البول (Filaments) سببا فى عدوى سيدة بالسيلان .

على أن الاعتماد على الفحص البكتريولوجى وحده يسبب فى المستقبل ظهور حالات ضيق مجرى البول، والتهاب البربخ (Epididymitis) الذى ينتج عنه العقم، والتهاب البروستاتا الذى يسبب احتباس البول، والتهاب المثانة والكلية . وقد لاحظت أن كثيرا من إصابات الزوجات الرحمية من التهاب البوقين أو المبيضين ترجع إلى إهمال علاج إفراز الصباح عند الأزواج الذين يكتفون بتحليل هذه النقطة المزمنة من تلقاء أنفسهم، ويسرهم عدم وجود الجونوكوك، مع أنه مختبئ تحت الأغشية المخاطية ، ويمكن إظهاره باستعمال مهيج كاف . وكثيرا ما شكت سيدات آلاما مبرحة وأسقاما مهلكة بسبب خطأ الزوج وإقدامه على الزواج قبل تمام شفائه من إصابته . ومن الغريب أنه كثيرا ما يطلب الزوج العلاج، وبعد الشفاء يصاب من زوجته من جديد، أو على العكس تعالج السيدة، ويهمل الزوج نفسه فتأخذ الإصابة منه مرة ثانية . وهذا ما نشاهده كل يوم فى عياداتنا الخصوصية، أو فى العيادات الحكومية المجانية، حيث يكون الجهل سببا فى القضاء على أسرة .

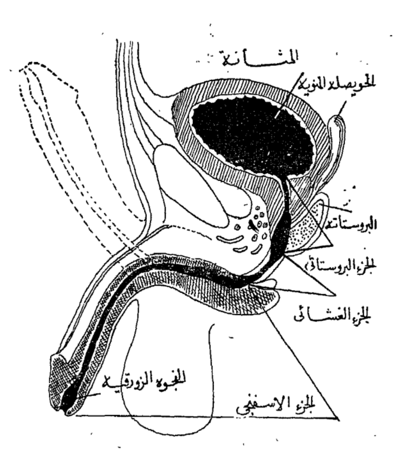
الصفة التشريحية لمجرى البول

قبل أن أشرح السيلان وعوارضه ومضاعفاته وطرق علاجه ، يجب على أن أصف تشريح مجرى البول وأعضاء التناسل وصفا مختصرا، لأنه بدون ذلك يصعب الرجوع الى وصف أجزاء المجرى المختلفة، وتتبع تطوّر الإصابة والعلاج . وإنى أنصح بوجوب تعرّف ما فى هذا الباب قبل الاطلاع على الأبواب التى تليه .

(١) مجرى البول عند الرجال

يقصد بمجرى البول الطريق الذى يمرّ فيه البول من المثانة إلى الخارج، وفيه أيضا تظهر فتحتا القناتين القاذفتين للمنى، فهو فى الوقت نفسه طريق للمنى . وتسير المجرى من

عنق المثانة حتى جدار عضو التناسل فى شكل انحناء يتجه باطنه (Concave surface) إلى أعلى وإلى الأمام . وأمام العانة يصبح اتجاه المجرى الى أسفل ، ثم يمرّ حتى النهاية فى السطح الأسفل من القضيب . وعلى ذلك فمجرى البول يسير فى شكل انحنائين : أحدهما خلفى ، وهو ثابت لا يتغير بتغير وضع عضو التناسل ، والآخر يتلاشى عند انتصاب العضو أو رفعه إلى جهة البطن .



(شكل يبين أجزاء مجرى البول والبروستاتا والحويصلات المنوية)

التقسيم التشريحى للمجرى :

ينقسم المجرى من الوجهة التشريحية الى الأقسام الآتية :

(١) المجرى البروستاتى ، وهو محاط بالبروستاتا .

(٢) الجزء الغشائى (Membranous portion) ويخترق طبقتى الرباط الثلاثى للحاجز البولى التناسلى .

(٣) الجزء الإسفنجى وهو يمر بالسطح الأعلى من جسم إسفنجى قابل للانتصاب يسمى الجزء الإسفنجى (Corpus Spongiosum) .

التقسيم العملى من الوجهة المرضية :

هذا التقسيم هو المهم من حيث تشخيص المرض وعلاجه ، و به نعتبر المجرى منقسما الى قسمين فقط : القسم الأمامى، والقسم الخلفى . فالقسم الأمامى يبتدئ من فتحة القضيب و ينتهى عند الجزء الأسفل من العجان. أما الجزء الخلفى فيشمل الجزء الباقى . وهو من الوجهة التشريحية عبارة عن مجموع الجزأين : الغشائى والبروستاتى ، و بمعنى آخر نعبر عن الجزء الأمامى بالجزء الواقع أمام العضلة العاصرة الغشائية (Membranous Sphincter) .

والجزء الخلفى هو الواقع خلفه ، أى أن العضلة العاصرة الغشائية تعتبر فاصلا بين الجزأين . وهذا التقسيم له فائدته العملية، لأن المحاليل التى تستعمل فى حقن المجرى الأمامى لا تصل إلى المجرى الخلفى إلا بعد ضغط شديد يكفى للتغلب على العضلة العاصرة الغشائية . كما أن جميع الإفرازات المتكوّنة فى المجرى الأمامى تتجه نحو الفتحة الخارجية، أما إفرازات الجزء الخلفى فتتجه نحو المثانة .

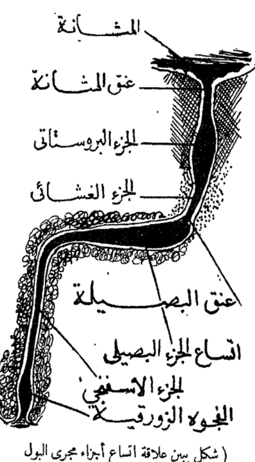
وصف اتساع المجرى من الداخل :

يختلف وصف المجرى من الداخل باختلاف أجزائه، فالفتحة الخارجة للقضيب هى أضيق أجزاء المجرى وأقلها قابلية للتمدّد . وبسبب ذلك يصادف الطبيب المعالج بعض حالات قليلة ذات فتحات ضيقة جدا تستوجب شق الفتحة جراحيا حتى يتيسر له إدخال الممدّدات أو منظار المجرى للفحص والعلاج .

وبعد فتحة البول الخارجة مباشرة يتسع مجرى البول، فيكوّن ما نسميه الفجوة الزورقية (Fossa Navicularis) ، ويبلغ طولها ما بين (٢٠و٢٥) ملليمترا. و يعقب هذه الفجوة جزء ضيق آخر، يمتد بعده الجزء الإسفنجى من المجرى، وهذا الأخير

متساوى الاتساع تقريبا فى طول المجرى، وينتهى من الخلف بجزء يسمى البصيلة، وهى أوسع جزء فى مجرى البول .

وينتهى الجزء البصيلى المتسع من الخلف بعنق البصيلة الضيق، حيث يتصل من أعلى ومن الخلف بالجزء الغشائى من المجرى، وهو متساو فى الاتساع . وكما ذكرنا يمر فى الحاجز البولى التناسلى (Urogenital Diaphragm)، وبعد أن يمر المجرى فى الحاجز المذكور يتسع بشكل مغزلى، ثم يضيق المجرى ثانية أمام عنق المثانة مباشرة .



(شكل يبين علاقة اتساع أجزاء مجرى البول بعضها ببعض)

وبالاختصار يوجد بمجرى البول أربع نقط ضيقة وهى : (١) الفتحة الخارجية (external meatus) . (٢) نهاية الفجوة الزورقية . (٣) فتحة الجزء الغشائى (Membranous isthmus) . (٤) فتحة المثانة .

ويقابل هذه النقط الأربع الضيقة خمسة اتساعات مغزلية الشكل وهى :

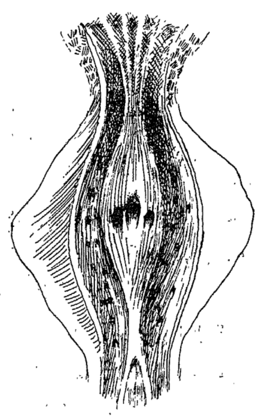
(١) الفجوة الزورقية . (٢) الجزء الإسفنجى من المجرى . (٣) البصيلة .
(٤) الجزء الغشائى . (٥) الجزء البروستاتى .

طول المجرى — يبلغ طول المجرى البولى فى الرجال ستة عشر سنتيمترا تقريبا منها ($٢ \frac{١}{٢}$ سم) طول الجزء البروستاتى و($١ \frac{١}{٢}$ سم) طول الجزء الغشائى و(١٢ سم) طول الجزء الإسفنجى .

وصف أجزاء المجرى الثلاثة

الجـزء البروستاتى وعلاقتـه بالأجزاء المجاورة له — تقع العـانة أمام الجزء البروستاتى من المجرى ، وتظهر خلفهـا مباشرة الشبكة الدموية الوريدية (Venous plexus)؛ ويوجد على الجانبين العضـلة الرافعة للشرج (Levator ani) والغشاء المغطى لها . ومن الخلف يقع الشرج وأمامه طبقة غشائية . وتنفتح القناتان القاذفتان للمنى (Ejaculatory ducts) فى الجزء البروستاتى من المجرى من الخلف .

شكل الجزء البروستاتى من الداخل — يقع فى وسط الجدار الخلفى من الجزء البروستاتى للمجرى جسم مستطيل الشكل بارز فى داخل المجرى ويسمى بالعرف الجبلى (Verumontanum) ، ويبلغ طول هـذا الجسم نحو (١٢ ملليمترا) وعرضه ملليمتر واحد ، وينتهى جزؤه الخلفى بعدّة طيات تنتهى بفتحة المثانة . ويظهر خلف العرف الجبلى بفجوة البروستاتا (Prostatic fossette) حيث يظهر فيها فتحات الجزء الأوسط من البروستاتا (Middle lobe) . وتحد هذه الفجوة كالآتى :



(شكل الجزء البروستاتى من مجرى البول)

من الأمام : الحافة الخلفية للعرف الجبلى .

من أعلى : جزء البروستاتا الواقع تحت العانة .

من أسفل : الجزء الخلفى من البروستاتا .

وأهمية هذه الفجوة أنها تطول فى حالة تضخم البروستاتا حتى تصل فى بعض الحالات الى أربع بوصات وتكوّن مثانة ثانية يتجمع فيها البول وتتكوّن فيها الحصوات .

ويوجد فى وسط العرف الجبلى فتحة مستطيلة تنتهى بجيب صغير فى جسم العرف الجبلى ، وتسمى (الشكوة الصغيرة) (Utriculus) ، وأصل تكوينها من قنوات موللر . وهى بقايا تناسلية تمثل الفرج عند الرجل ، وعلى جانبيها تقع فتحتا القناتين القاذفتين للنى . وفى جانبى العرف الجبلى توجد فتحات صغيرة تمثل فتحات البروستاتا .

وصف فتحتى القناتين القاذفتين للنىّ :

إذا نظرنا إلى الجزء البروستاتى من المجرى من الداخل ، نرى كما ذكرنا العرف الجبلى ، وفى وسطه تظهر الشكوة الصغيرة (Utriculus) . وتظهر فتحتا القناتين القاذفتين للنىّ فى جانبى الشكوة وتوصل كل منهما إلى بخوته ، وفى بعض الأحوال لا تظهر الشكوة الصغيرة بتاتا . وفى هذه الحالة تفتح القناتان القاذفتان للنىّ على جانبى العرف الجبلى .

الجزء الغشائى من مجرى البول :

العلاقات — تظهر العانة أمام هذا الجزء (Symphysis pubis) وخلفه الشرج . وتمتدّ من أعلى بالجزء البروستاتى ، ومن أسفل يتصل بالبصيلة ، والجزء الغشائى من المجرى قريب من السطح الجلدى ، ولهذا السبب تنفتح المجرى فى هذه الجهة للوصول إلى المثانة فى حالات الحصوة وخلافها .

شكل الجزء الغشائى من الداخل — يرى على سطحه الأسفل طيات مستطيلة تنتهى فى قعر (Cul-de-sac) من البصيلة ، ويرى فى جدرانها فتحات غدد ليتر .

الجزء الإسفنجى من مجرى البول — المجرى الإسفنجى محاط بغشاء قابل للانتصاب يسمى الجسم الإسفنجى (Corpus spongiosum) ، وإليه ينسب اسم المجرى الإسفنجى . والمجرى يمرّ فى تجويف زاوىّ الشكل يتكوّن من تقابل الجسمين الإسفنجيين بالقضيب (Corpora cavernosa) . والجزء الإسفنجى يتسع من الخلف ويكوّن البصيلة (Bulb) ، كما يتسع المجرى الإسفنجى ويتصل بالتمرة .

ويعتبر هذا الجزء من المجرى أطول الأجزاء . ويمكننا أن نقسمه إلى الأقسام الآتيـة : (١) القسم العجانى (Perineal portion) . (٢) القسم الصفنى (Scrotal portion) . (٣) القسم القضيبى (Penile portion) . (٤) القسم الحشفى (Balanic portion) .

ما نراه فى داخل المجرى الإسفنجى :

(أوّلا) فتحتا غدد كوبر — هما فتحتان تظهران على السطح الأسفل من المجرى فى الجزء السفلى من البصيلة (Bulb) .

(ثانيـا) حفر مرجانى (Lacunae of Morgagni) — وهى بخوات تظهر على السطح الأعلى من المجـرى وعلى الجوانب ، ولا تظهر على السطح الأسفل من المجرى . وقد يبلغ عمق هذه الحفر نحو (٥ — ٨) ملليمترات تحت الغشاء . وهذا الغور يتجه نحو المثانة . وتوجد إحدى هذه الحفر ثابتة ، وتبعد نحو (½ بوصة) من الفتحة الخارجة ، وهى أكبر هذه الحفر . وأهمية هـذه الحفر من الوجهة المرضية كبيرة . ففى حالات السيلان الحادّ والمزمن يعيش الجونوكوك فى هـذه الحفر . وتمرّ المحاليـل فى المجرى ولا تصل للحفر المذكورة ، بسبب تكوينها . فإذا أصيبت إحدى هـذه الحفر بإصابة سيلانية تقفل فتحاتها بسبب الالتهاب ويتكوّن كيس (Cyst) تزمن فيه الإصابة . ويلاحظ أن التكوين الغشائى لهذه الحفر هو من نفس غشاء مجرى البول ، وما هى إلا حفر فى المجرى متصلة بالسطح .

(ثالثاً) غدد ليتر (Littre's Glands) — هى غدد صغيرة على جانبى مجرى البول وعلى السطح الأعلى ، ولا ترى بالعين المجردة ، ولكن يمكن رؤيتها بواسطة عدسة ، وهى سطحية ، وينتهى غورها بالطبقة تحت الغشائية للمجرى (Submucous layer) . وهذه الغدد تفرز إفرازا لزجا مائيا عند الانتصاب . ويكثر وجودها فى الجزء الإسفنجى ، ويقل فى الجزء البروستاتى من المجرى . وقد تتفتح فتحات تلك القنوات فى بجوات مرجانى . ولهذه الغدد نفس أهمية بجوات مرجانى حيث يسكن فيها الجونوكوك . وتقفل فتحاتها بواسطة الإفرازات اللزجة وتستمر فى إخراج الإفرازات فى مجرى البول، واذا مرت محاليل أو مطهرات على مجرى البول فلا تصل اليها . وفى بعض حالات السيلان المزمن التى تضايق الطبيب والمريض معا يرجع السر فى صعوبة علاجها إلى إصابات غدد ليتر التى قد يصعب الوصول الى قعرها بطرق العلاج المعتادة .

مقطع من السطح الأعلى للمجرى قرب الفتحة الخارجة ويبين حفر مرجانى (فى الوسط) وغدد ليتر (على الجانبين)

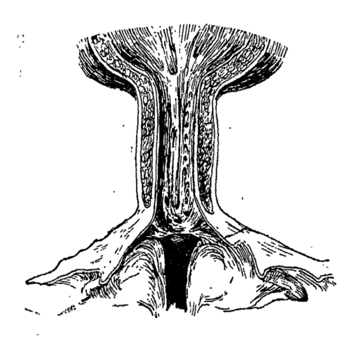
(ب) مجرى البول عند الاناث

مجرى البول عند الإناث أقصر منه عند الرجال ، ويبلغ طوله ($\frac{1}{2}$ ٣ سم) وعرضه نحو (٧ ملليمترات) ، ويمكن إدخال ممددات بسهولة فيه ، وله وظيفة واحدة وهى مرور البول فيه فقط . وتمر المجرى بانحناء من الخلف الى الأمام والى أسفل ، ممثلة انحناء مقعرا يتجه إلى الأمام وإلى أعلى .

العلاقات — نجد من خلف المجرى الجدار العلوى للهبل ، وهو ملتصق به تمام الالتصاق ، ومن الأمام نجد الشبكة الدموية الوريدية (Venous Plexus of Satorim) والعانة ، ومن الجانبين نجد الشبكة الدموية الوريدية والغشاء العجانى

المتوسط (Middle perineal aponeurosis)، وجزع الجسمين الإسفنجيين للبظر (Corpora Cavernosa clitoridis)؛ وتتصل فتحة المجرى العليا بالمثانة ، والفتحة السفلى هى مخرج البول وهى أضيق جزء فى مجرى البول، وتقع خلف البظر (Clitoris) مباشرة .

المجرى من الداخل — نرى فتحات صغيرة تقابل فتحات غدد المجرى عند الرجال .



(شكل يبين مجرى البول عند الإناث)

السيلان

مقدّمة — السيلان مرض معد تنتقل عدواه بطريق المباشرة الجنسية ، وقد تكون العدوى عن طريق يد ملوثة ، أو خرقة بها إفراز سيلانى تستعمل فى تنظيف أعضاء التناسل ، وإلى هذه الطريقة الأخيرة تعزى إصابة الأطفال الصغار بالسيلان التناسلى أو الرمد الصديدى ، والجزء الذى يصاب عادة بالسيلان هو مجرى البول فى الرجال والنساء ، ويصاب الرحم وملحقاته كما تصاب الغدد والفتحات الموجودة بالمهبل .

وقد تمتد الإصابة فى مجرى البول فى الرجال إلى الغدد التناسلية مثل البروستاتا والحويصلات المنوية ، كما قد يصاب الرجال والنساء على السواء بالتهاب المثانة وحوض الكلية ، وقد تنتقل الإصابة إلى الدم فتصيب المفاصل أو العين أو القلب أو سحايا المخ .

مدّة الحضانة — يقصد بمدّة الحضانة الفترة التى تمرّ بين وصول الجونوكوك (وهو الميكروب المسبب للسيلان) إلى غشاء مجرى البول ، وبين بدء ظهور عوارض الإصابة ؛ وهذه الفترة تختلف حسب شدّة الإصابة ومقاومة المريض لها ، وهى تتراوح عادة بين يومين وعشرة أيام ، وقد تتأخر ظهور العوارض فى المرضى الذين سبقت إصابتهم بالسيلان مرات قبل هذه المرّة ، وقد يساعد على ظهور الإصابة ضعف بنية المريض ، وكثرة تعاطيه للمشروبات الروحية ، وتعريضه جسمه لمجهود جسمانى شديد ، وعدم أخذه القسط الكافى من الراحة . وفى فترة الحضانة يساعد الجونوكوك على عدوى الغشاء المخاطى لمجرى البول والغدد الموجودة به ، مثل غدد ليتر وفتحات مرجانى . ومن هنا يظهر لنا مزايا العلاج المبكر حتى نحول بقدر المستطاع دون تقدّم الإصابة .

والسيلان إما حاد (أو حديث) أو مزمن . وسنبدأ بشرح السيلان الحادّ :

عوارض الإصابة وعلاماتها فى السيلان الحاد — تبدأ ظهور الإصابة بشعور المريض بالتهاب وألم عند فتحة مجرى البول ، وخصوصا عقب البول مباشرة ، بعد ذلك تشتدّ الإصابة بحيث يشعر المريض بألم مع البول وبعده ، ويلاحظ المريض ظهور تورّم واحمرار فى شفرتى فتحة مجرى البول ، كما يشاهد — على غير عادة — ظهور إفراز شفاف من الفتحة يتحوّل بعد يوم أو اثنين إلى إفراز تقيحى . وقد يكون أوّل ما يلفت نظره ظهور نقط صفراء من القيح على لباسه الداخلى ، فيدعوه ذلك إلى عرض نفسه على الطبيب لفحصه .

وفى خلال الإصابة يظهر البول عكرا بسبب وجود الكرات القيحية ، كما قد نعثر على خيوط قيحية ، وتكثر كلما أزمنت الإصابة .

طريقة فحص المريض — يهمنا فحص المريض فحصا دقيقا للتأكد من نوع الإصابة، ودرجة إصابة مجرى البول، وتقدير المدّة اللازمة للعلاج تبعا لذلك. ولهذا يبدأ الطبيب بتنظيف فتحة مجرى البول بقطعة من القطن أو السابرى (الشاش) المبلل فى محلول ثانى يودور الزئبق ($\frac{1}{4000}$) أو محلول الليزول المخفف، ويلاحظ وجود تقرحات أو تورّم فى الحشفة، كما يلاحظ نوع الإفراز الذى يظهر من فتحة مجرى البول عند الضغط قليلا على المجرى، ويتتبع الحبل المنوى للتأكد من عدم ظهور التهاب فى مجراه، كما يفحص الخصيتين للتأكد من حالة البربخ وهل هو مصاب أو لا. ويجب أخذ نموذج من الإفراز بعد تنظيف الفتحة ثانية ووضعه على شريحة زجاجية فى شكل (فلم) خفيف، وتجفيفه على موقد وإعداده للفحص البكتريولوجى للبحث عن الجونوكوك والكرات القيحية والميكروبات المصاحبة، وبعد ذلك ننتقل إلى الوقوف على حالة المجرى بفحص البول. وقد اعتاد الأطباء فحص بول المريض بطريقة أخذ البول فى كأسين، فيستدلون من حالة البول فى الكأس الأولى على إصابة المجرى الأمامى، ومن البول فى الكأس الثانية على إصابة المجرى الخلفى. وهذه الطريقة فضلا عن عدم دقتها فهى غير صحيحة من الوجهة الفنية، وذلك لأن بول الكأس الأولى يجمع بين البول المارّ على المجرى الخلفى والمارّ على المجرى الأمامى، فهو لا يشير مطلقا إلى حالة المجرى الأمامى وحده، لذلك نلجأ الى فحص المجرى بطريقة الكاسات الثلاث، وهى تعتبر فى السيلان الحاد طريقة عملية للإشارة إلى حالة المجرى الأمامى والمجرى الخلفى والمثانة على وجه التقريب.

طريقة الفحص بوساطة الكاسات الثلاث — بعد تنظيف عضو التناسل جيدا بمحلول ثانى يودور الزئبق أو الليزول الخفيف، نغسل المجرى الأمامى بمحلول مخفف من حمض البوريك، ويكون المحلول باردا لتتقلص العضلة العاصرة للمجرى، فيمنع ذلك تسرب المحلول الى المجرى الخلفى، ونستعمل لذلك حقنة زجاجية سعة (١٠ سم^3)، ونضع مخلفات الغسيل فى الكأس الأولى، فتشير محتويات هذه الكأس إلى حالة المجرى الأمامى. بعد ذلك نطلب من المريض أن يبول

فى الكأس الثانية إلى نصفها، وهذا البول يشير إلى حالة المجرى الخلفى، ثم نطلب منه أن يبول فى الكأس الثالثة ما يتبقى، وهذا يشير إلى حالة المثانة .

فإذا ظهر المحلول فى الكأس الأولى عكرا بينما يكون البول فى الكأسين الثانية والثالثة صافيا دل هذا على أن المريض مصاب فى الأكثر بالتهاب الجزء الأمامى من المجرى ، أما إذا ظهرت العكارة فى الكاسات الثلاث دل ذلك على إصابة المجرى الأمامى والخلفى وقاعدة المثانة بالالتهاب النوعى . وهناك طريقة للفحص تستعمل فيها الأربع الكاسات ، وسأشرحها فى السيلان المزمن .

فحص غدّتى كوبر والبروستاتا والحويصلات المنوية — من المهم جدا عند فحص مريض مصاب بالسيلان فى جميع أدواره الوقوف على حالة غدتى كوبر والبروستاتا والحويصلات المنوية ، وربما اعترض بعضهم بأنه لا داعى لذلك فى الإصابة الحادة ، غير أنه تبين لنا من تجاربنا العديدة أن المريض عند ما يحضر إلى الطبيب الأخصائى يكون قد أضاع كثيرا من الوقت قبل حضوره فى الإستشارة ، وأن الإصابة تكون قد أصابت فى كثير منهم بعض الغدد المذكورة أو كلها .

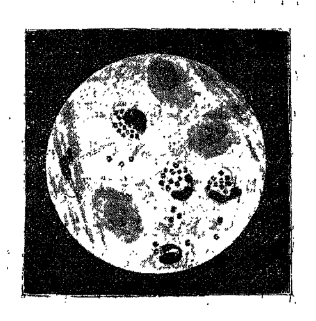
طريقة فحص غدتى كوبر — سأشرح ذلك بإسهاب عند بحث مضاعفات السيلان ، غير أنه لا مانع من الإشارة إلى أن هناك طريقتين لفحص الغدّتين المذكورتين : ففى الأولى يركع المريض ونضع السبابة اليمنى (بعد دهنها بالفازلين) فى الجزء الأسفل من الشرج ، والإبهام على جلد العجان قريبا من الخط الأوسط ، ثم نقترب مابين الأصبعين ؛ ففى الحالة المعتادة التى لم تصب فيها الغدّتان لا نشعر بهما بين الأصبعين . أما فى حالة التهابهما فنشعر بالغدّة فى حجم الفولة ويتألم المريض عند الضغط عليها ، وندفع بالسبابة الى أعلى الشرج ، والمريض على هذه الحالة ، فنشعر بالبروستاتا ، وعلى جانبيها من أعلى نشعر بالحويصلات المنوية ، فإذا تألم المريض من الضغط البسيط عليها دل ذلك على التهابها ، لذلك يستحسن دائما عند إجراء هذا الفحص استعمال منتهى اللين حتى لا يكون الضغط الشديد سببا فى زيادة

التهابها . وسأشرح ثانيا طريقة فحص البروستاتا والحويصلات عند شرح التهاب البروستاتا والحويصلات المنوية .

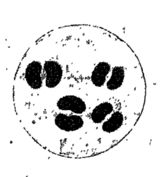
أما فى الطريقة الثانية لفحص غدّتى كوپر فإن المريض يستلقى على ظهره ويثنى ركبتيه ، ويفصل الفخذين بعضهما عن بعض ، ثم ندخل السبابة اليمنى بعد دهنها بالفازلين فى الجزء الأسفل من الشرج ، ونضع الابهام اليمنى على العجان قريبا من الخط المتوسط ، ثم نقرب ما بين الأصبعين ، فنشعر بالغدّة الملتهبة فى حالة الإصابة كما ذكرنا .

ويستحسن بعد ذلك فحص مفاصل المريض وعضلاته وتعرّف ما إذا كان أصيب بآلام مفصلية أم لا ، كما يستحسن فحص قلبه للتأكد من سلامته ، كما نسأله عن حالة بصره وأعصابه ، وقد لا يكون هناك ضرورة فى كثير من الحالات لهذا ، إلا أنا قد صادفنا حالات معدودة مصابة بهذه المضاعفات ، وهذا مما يدفعنا الى توجيه قليل من العناية والوقت لإجراء الفحص المذكور .

الفحص البكتريولوجى للإفراز — ولو أن اعتمادنا على الظواهر الاكلينيكية كاف فى كثير من الأحوال لتشخيص الإصابة السيلانية ، إلا أنه من



ميكروب الجونوكوك كما يظهر تحت المجهر



الجونوكوك مكبر

المهم دائما تعزيز الفحص الاكلينيكى بالفحص البكتريولوجى ، وخصوصا فى الإصابة الحادة حيث يجب أن تكون نتيجة التحليل إيجابية للجونوكوك ، هذا مع ملاحظة أنه كثيرا ما يصاب المريض بالتهاب المجرى بسبب ميكروبات أخرى ، مثل باشلس القولون ، أو الديبلوكوك الإيجابى لصبغة جرام ، أوغيرها مثل (Diphtheroids) وتكون حالة المجرى الاكلينيكية فى هذه الأحوال مشابهة لحالة الإصابة بالسيلان ، و يظهر إفراز خفيف من فتحة المجرى كما يشعر المريض بألم عند البول .

وصف الجونوكوك — يظهر الجونوكوك فى شكل الديبلوكوك ، أى مزدوجا . ونرى ذلك بوضوح داخل الخلايا القيحية . ويشبه الجونوكوك حبات البن فى الشكل ، و يظهر فى بادئ الإصابة خارج الخلايا القيحية ثم فى داخلها ، وفى الأدوار المزمنة كثيرا مايظهر خارج الخلايا . والجونوكوك سلبى لصبغة جرام . ويجب استعمال هذه الصبغة للتفرقة بين الجونوكوك والميكروبات الأخرى مثل الميكروب العنقودى (Staphelococcus) والنيوموكوك ، وخصوصا إذا وجدت داخل الخلايا حيث تظهر إيجابية لصبغة جرام .

طريقة أخذ أنموذج للفحص — نحضر السلك البلاتينى المحمول على قضيب زجاجى ، ثم نمرره على لهب (الكؤول) حتى يحمر ، ثم نتركه ليبرد . ثم ننظف بعد ذلك الفتحة الخارجة لمجرى البول بقطعة من القطن المغموسة فى محلول ثانى يودور الزئبق ، ونضغط قليلا على عضو التناسل حتى يظهر القيح من فتحة المجرى ، وبوساطة السلك البلاتينى نضع على الشريحة الزجاجية ، التى نعدّها لهذا الغرض ، قليلا من الإفراز ، ثم نكوّن (فلما) رفيعا ، وبعد ذلك نجففه على لهب (الكؤول) فيصبح صالحا للفحص .

طريقة صبغة الأفلام — يمكننا أن نصبغ الشريحة بمحلول زرقة الميثلين ، وهذه تظهر لنا بوضوح الجونوكوك فى الأدوار الحادّة ، ولا تفيدنا كثيرا فى الأدوار المزمنة أو المضجوبة بميكروبات ثانوية أخرى . لذلك يستحسن دائما

استعمال طريقة جرام المعدّلة فى صبغ جميع (الأفلام) عند البحث عن الجونوكوك .
وطريقة الصبغة هى كما يأتى :

(١) نضع على الشريحة قليلا من محلول الجنشيان البنفسجى المائى بنسبة (½ ٪) تقريبا ، ونتركه على الشريحة لمدّة نصف دقيقة .

(٢) نسكب المحلول السابق من على الشريحة ، ونغسل الشريحة بمحلول ليوجول القوى (Luogol's Solution) المركب كالآتى :

يـــود	١	جـــرام
يودور البوتاسيوم	٢	»
ماء مقطر نحو	١٠٠	»

بعد ذلك نضع محلول اليوجول ونتركه على الشريحة لمدّة نصف دقيقة .

(٣) نغسل محلول اليوجول بالكؤول النقى ، ثم نكرر هذه العملية حتى يتلاشى اللون البنفسجى .

(٤) بعد ذلك نضع محلول الحمرة المتعادلة (Neutral red) ، أو محلول الكربول فكسين المخفف (٤ر٠ ٪) لمدّة بضع ثوان ، ثم نغسله بالماء المقطر ، ونفحص الشريحة تحت المجهر (الميكرسكوب) ، ونستعمل لذلك العدسة الزيتية .

فيأخذ الجونوكوك ، سواء كان داخل الخلايا أو خارجها ، صبغة جرام السلبية ، كما يأخذ النيوموكوك والميكروب السبحى والعنقودى صبغة جرام الإيجابية . وقد نخلط بين الجونوكوك والمينجوكوك لتشابههما من حيث ظهور كل منهما سلبيا لصبغة جرام ، غير أن الأخير لا يوجد فى المجارى البولية بل فى مسالك الأنف وفى السائل النخاعى .

زرع الجونوكوك — نحتاج فى بعض الأحيان إلى استعمال دقة أكثر فى فحص إفراز المريض أو راسب بوله ، إذ به نتعرّف عما إذا كان هناك جونوكوك أو لا . لذلك نلجأ لعمل مزرعة من الإفراز أو الراسب البولى على دم آجار ، أو آجار

مخلوط بسائل القيلة المائية، أو استسقاء البطن أو الصدر، لأن الجونوكوك لا يزرع إلا فى وجود (المصل) الدموى أو سائل الاستسقاء. وبهذه الطريقه يظهر الجونوكوك فى شكل نقط صفراء صغيرة تمر بها خطوط صفراء رفيعة، ومنها يؤخذ للفحص على الشرائح الزجاجية؛ كما يمكن عمل فاكسين نوعى لإفراز المريض قد يفيد فى بعض الحالات المزمنة. وطريقة المزرعة تعطينا نتائج أكثر دقة من الفحص المباشر بالشرائح بنحو (٢٠ ٪).

العلاج الوقائى والإجهاضى للإصابة بالسيلان

العلاج الوقائى — المقصود بالعلاج الوقائى الاحتياطات الواجب اتخاذها للابتعاد عن الاصابة بالسيلان، ويستعمل لذلك طرق عدّة، وقد ظهرت فى الأسواق أدوية كثيرة لا يخلو بعضها من فائدة، كما أن استعمال البعض الآخر قد يسبب عوارض التهابية للمريض قد يكون من الصعب التغلب عليها، وسأشرح طريقة واحدة اذا استعملت بدقة فانها تفيد جدا فى الغرض المطلوب. وينقسم العلاج الى قسمين: يشمل الأول منهما الاحتياطات المتبعة قبل المباشرة الجنسية، كما يشمل الثانى الاحتياطات اللازمة بعد المباشرة المذكورة.

ما يجب اتباعه قبل المباشرة :

(١) يجب على الشاب قبل المباشرة أن يحتاط لنفسه بأن يعمل جهده لإقناع الطرف الآخر بوجوب غسل أعضاء التناسل بمحلول مخفف مثل حمض البوريك، والأحسن أن يغسل المهبل بمحلول حمض اللبنيك (١ ٪) بمقدار لتر من المحلول الدافئ، والغرض من ذلك عدم مساعدة الجونوكوك على الوجود فى وسط حمضى. وليعلم الشاب أن إطالة مدّة المباشرة تعطى فرصة أكبر لأخذ الاصابة.

(٢) يمكن للشاب أن يضع جزءا من الفازلين المعقم فى فتحة عضو التناسل قبل عملية المباشرة.

(٣) وإذا أراد زيادة الحيطة فعليه أن يلبس ما يسمونه (الكبوت الفرنسى) على عضو التناسل.

ما يجب عمله عقب المباشرة :

(أولا) يغسل عضو التناسل عقب الاستعمال مباشرة بالماء الدافئ والصابون وينظفه جيدا ، ويفضل الصابون الزئبقى مثل صابون أفريدول (Afridol Soap) .

(ثانيا) يبول الشاب لأن حموضة البول العادى ومرور البول كافيان لطرد الميكروب العالق بفتحة البول ، وبهذه المناسبة يستحسن أن يغسل الفتحة بقليل من البول عقب البول .

(ثالثا) يغسل مجرى البول الأمامى بواسطة محلول دافئ من برمنجنات البوتاسيوم المخفف بنسبة ($\frac{١}{١٠٠٠٠}$) .

فإذا تبع الشاب ما ذكر وجد ضمانا كافيا للحيطة من المرض ، على أنه إذا كان سيىء الحظ وشعر بعد المباشرة بيومين أو ثلاثة (لغاية ١٠ أيام) بحرقة عند البول ، وظهر إفراز عند فتحة البول فعليه أن يعرض نفسه فى أقرب فرصة على الطبيب المعالج .

العلاج الإجهاضى — المقصود بالعلاج الإجهاضى إيقاف تقدّم المرض ، وذلك باستعمال محاليل مركزة فى خلال الأربع والعشرين ساعة التالية لظهور الإفراز من فتحة مجرى البول . فإذا حضر لنا مريض مضى على ظهور إفرازه مدّة أكثر من ذلك فلا يحاول الطبيب استعمال العلاج الإجهاضى معه لأنه لا يكون منتجا فى تلك الحال ، على أنه يجب أن يلاحظ الطبيب أن العلاج الإجهاضى شديد ، وأنه يؤلم كثيرا من المرضى ، وأن نجاح هذا النوع من العلاج على العموم لا يتيسر فى أكثر من (٥٠٪) من الحالات ، وعلى ذلك فواجب عليه أن يحتاط فلا يستعمل محاليل مركزة مثل محاليل نترات الفضة بنسب عالية ، لأنه إذا أخفق فى العلاج الإجهاضى فانه يترك للمريض التهابا شديدا فى مجرى البول يجعل علاجه فيما بعد مؤلما وطويلا . وقد جربت عدّة طرق واستعملت محاليل كثيرة فى هذا النوع من العلاج . ولذا فإنى أنصح حضرات الأطباء باستعمال الطريقة الآتية :

إذا حضر المريض فى الأربع والعشرين ساعة التالية لظهور الإفراز فعليه أن يبول أولا ، ثم يغسل عضو التناسل وفتحة البول بالماء الدافئ والصابون جيدا ، ثم بعد ذلك نتبع ما يأتى :

(أولا) نحضر محلول البرجين (Albargin) بمقدار لتر وبنسبة ($\frac{١}{٣٠٠٠}$) ، ونضعه فى رشاشة ترفع نحو متر ونصف عن مكان جلوس المريض .

(ثانيا) يضع المريض سبابته اليمنى ضاغطا بها على مجرى البول فى مقدمة الكيس مباشرة . والغرض من ذلك عدم السماح للمحلول بأن يمر بالمجرى الخلفى .

(ثالثا) يغسل المجرى الأمامى جيداً بالمحلول المذكور .

(رابعا) نجفف فتحة البول جيدا بعد الغسيل المذكور ، ثم نحقن مقدار ($١\frac{١}{٢}$ سم^٣) (فقط لا أكثر) من محلول البروتارجول بنسبة (٤ ٪) ، ثم نغلق فتحة المجرى وذلك بدهنها بالكللوديون (Collodion) بفرشة معقمة صغيرة ، ونترك المحلول لمدّة ساعتين ، ويزال الكللوديون بإذابته بالأسيتون (Acetone) .

(خامسا) يستعمل العلاج المذكور مرتين فى اليوم ، مرة فى الصباح وأخرى فى المساء .

(سادسا) وفى نفس الوقت نحقن المريض بمقدار (٤٠٠ مليون) من فاكسين الجونوكوك تحت الجلد حقنة فى كل يوم من الثلاثة الأيام الأولى .

(سابعا) يستمر هذا العلاج لمدة أربعة أيام على الأكثر ، ونستدل على نجاحه بعدم وجود ميكروب الجونوكوك فى إفراز الصباح . أما إذا وجد الجونوكوك فى إفراز الصباح فيجب أن يغير الطبيب طريقة العلاج ويعالج الحالة كأنها إصابة سيلان حاد بالطرق الفنية التى سنشرحها فى الباب التالى ، وفى حالة نجاح العلاج نستعمل للمريض غسولا فى الصباح من محلول برمنجنات البوتاسيوم ($\frac{١}{٨٠٠٠}$) لمدة أربعة أيام أخرى ، ويعتبر العلاج شافيا عند عدم ظهور إفراز أو التهاب بفتحة البول أو ألم عند البول . ويلاحظ أنه يجب فى خلال هذا العلاج أن ننصح

المريض بشرب كميات كبيرة من السوائل البسيطة مثل عصير القصب وماء الشعير، وأن نمنعه عن الإجهاد الجسماني، وأن يمتنع عن تعاطى مواد حريفة فى الطعام مثل التوابل والمشروبات الروحية . وأن يبتعد عن صحبة النساء .

وإنى أنصح لحضرات الزملاء بأن يتأكدوا تماما قبل البدء فى هذا العلاج من أن الإفراز لم يمض على ظهوره حقا أكثر من ٢٤ ساعة، لأن كثيرا من المرضى يخطئون فى ذكر الحقيقة، إما لإغفالهم ملاحظة الإفراز، أو لتهوين الأمر على الطبيب .

علاج السيلان الحادّ فى الرجال

ينقسم هذا الباب الى قسمين : القسم الأول — علاج السيلان الحاد الذى لم يتعدّ المجرى الأمامى للبول . والقسم الثانى — علاج السيلان الحاد الذى يشمل المجرى الأمامى والمجرى الخلفى للبول . وعلى الطبيب أن يتأكد من تشخيص الحالة جيدا قبل البدء فى العلاج، لأن العلاج يختلف فى الحالتين، كما أن الخطأ فى التشخيص يعرّض المريض لإصابة مزمنة؛ ولكى يتأكد الطبيب من ذلك ينظف ما حول الفتحة الخارجية بمحلول مطهر، ثم يغسل المجرى الأمامى بمحلول من الملح مخفف ودافئ، ويحفظ محتويات الغسيل فى كأس بول، ثم يأتى بكأسين يبول المريض قدرا فى الكأس الثانية والباقى فى الكأس الثالثة . ففى حالات الإصابة التى لم تتعدّ الكأس الثانى والثالث فيكونان رائقين . أما فى حالة إصابة المجرى الخلفى بإصابة حادة، فتكون محتويات الكأس الثانية أو الثانية والثالثة — حسب درجة الإصابة — غير صافية نظرا لاحتوائها على إفراز قيحى .

علاج السيلان الحاد فى المجرى الأمامى — الأجهزة اللازمة — نحضر مبسما زجاجيا ذو شعبتين (انظر الشكل)، ثم نغليه جيدا ونضعه فى محلول مطهر مثل محلول الليزول المخفف، ثم نحضر رشاشة زجاجية سعتها لتران، توضع على حامل، على أن تكون أعلى من مكان جلوس المريض بنحو مترين، ونصل أسفلها بأحد

مبسم زجاجى
ذو قناتين

طرفى أنبوبة موصلة جلدية طولها نحو مترين، ونصل بطرف الأنبوبة الآخر إحدى شعبتى المبصم الزجاجى، وتفتح الأنبوبة الجلدية وتقفل بواسطة مشبك معدنى .

بعد ذلك نضع فى الرشاشة محلول برمنجنات البوتاسيوم الدافئ بنسبة ($\frac{١}{٥٠٠٠}$) ونحضر كذلك حقنة زجاجية مغلاة تسع نحو (١٠ سم^٣) . وبعد أن ننظف الفتحة الخارجة للمجرى، وبعد أن يبول المريض نغسل المجرى الأمامى بواسطة الطبيب أو مساعده المتمرن بمقدار لترين من المحلول، ثم نملأ الحقنة الزجاجية بمحلول الأرجيرول بنسبة (٥ ٪) ونحقن المجرى، ثم يضغط المريض على فتحة المجرى بالإبهام والسبابة لليد اليسرى، وينتظر مدة عشر دقائق، ثم يلقى المحلول فى كأس، وننظف فتحة المجرى بقطعة من القطن المعقم . ويكرر المريض هذه العملية من غسيل وحقنة مرتين فى اليوم، مرة فى الصباح وأخرى فى المساء لمدّة أربعة أسابيع، غير أنه يلاحظ أن يستبدل بمحلول الأرجيرول فى نهاية الأسبوع الأوّل محلول البروتارجول (٢ ٪) . وفى نهاية الأسبوع الثانى يستبدل بمحلول البروتارجول محلول الألبرجين (١ ٪)، ويستمر حتى نهاية الأربعة الأسابيع . وقد لاحظت أن تغيير محاليل مركبات الفضة المستعملة أفضل فى العلاج من ملازمة محلول واحد طول مدة العلاج .

ويجب أن نعطى المريض من أول يوم فى العلاج إحدى مركبات فاكسين الجونوكوك مثل الجونارجين، فنبدأ بمقدار (٢٥ مليونا) فى السنتيمتر المكعب، وتزاد حتى (١٠٠٠ مليون)، على أن نعطى المريض حقنة فى العضل كل ثالث يوم .

ويجب أن يتعاطى المريض سوائل قلوية لتقلل من الألم عند البول . والوصفة الآتية إحدى المركبات المستعملة :

سترات البوتاسيوم	٢,٠	جرام
بيكربونات البوتاسيوم	٤,٠	«
سلسلات الصودا	٨,٠	«
ماء إلى نحو...	٣٠,٠	«

ويعمل من هذا المزيج عشرون جرعة ، ويعطى المريض فنجانا بعد الأكل بنصف ساعة ثلاثة فناجين فى اليوم . كما أنه فى حالة ظهور قيح شديد نصف للمريض مطهرا خفيفا مثل الوصفة الآتية :

	جرام	
هلميتول	٠,٤	تكوّن برشامة
زرقة الميثلين	٠,١٠	

ويعمل منها (٢٠ برشامة) ويعطى المريض (برشامة) عقب الأكل ثلاث مرات فى اليوم ، وفى خلال الإصابة والعلاج ننصح المريض بعدم إجهاد الجسم بمثل المشى المتعب أو الجرى أو القفز أو الألعاب الرياضية المتعبة . كما يجب عليه أن يتجنب المشروبات الروحية مدّة العلاج ، وأن يكثر من شرب ماء الشعير أو العرقسوس أو منقوع بذر الخلة أو عصير القصب ، كما عليه أن يبتعد عن تعاطى الأطعمة الحريفة والبوهرات والطرشى والمستردة ، وأن ينام مبكرا . فإذا اتبع المريض العلاج المذكور والنصائح السابقة فالنتيجة فى أكثر الأحوال الشفاء التام من السيلان الحاد بعد نهاية أربعة أسابيع أو أكثر من ذلك قليلا . وعلامة الشفاء فى هذه الحالة عدم وجود التهاب حول فتحة مجرى البول ، وعدم وجود ألم عند البول ، وأن يكون البول صافيا ، وأن يفحص الطبيب المجرى بمنظار مجرى البول للتأكد من عدم وجود التهابات تحتاج إلى علاج آخر ، وأن تمس المجرى من داخل أنبوبة المنظار بمحلول نترات الفضة (١٪) ، ويحال الإفراز فى صباح اليوم التالى حيث يجب أن يكون الإفراز الناتج خاليا من ميكروب الجونوكوك .

وقد وجدت بالتجربة أن معظم المرضى يشفون تماما بهذا العلاج ما لم يقصر المريض فى الحضور أو يتهاون بشروط العلاج . فإن قصر المريض أو تهاون امتدت الإصابة للجزء الخلفى لمجرى البول ويحتاج للعلاج الآتى وصفه :

علاج الإصابة بالسيلان الحاد فى الجزأين الأمامى والخلفى معا لمجرى البول — يستدل الطبيب على امتداد الإصابة للجزء الخلفى من مجرى البول

من شكوى المريض كثرة اضطراره إلى البول، وأنه يصحب بوله ألم فى النهـاية ، وقد يشكو المريض من كثرة انتصاب عضو التناسل ، و يصحب ذلك ألم قد يكون شـديدا . كما أن فحص البول بطريقـة الكاسات الثلاث السابق شرحها يدلنا على إصابة الجزء الخلفى من المجرى .

وطريقة العلاج هى أن يغسل الجزء الأمامى من المجرى كالمعتاد ، بمقدار نحو (½ لتر) من محلول برمنجنات البوتاسيوم (١/٦٠٠٠) ، ثم نرفع الرشاشة بحيث تصبح على علو نحو خمسة أقدام من مكان الجلوس، ثم يرشد الطبيب المريض بأن يغسل المجرى ، وأن يشعر كأنه يبول وذلك بأن (يعتل) قليلا فاذا فعل ذلك يندفع الغسول الى المجرى الخلفى ويدخل المثانة ، وعنـد شعور المريض بضغط السائل فى المثانة يبول الغسول ، ثم يعيـد الكرّة مرارا حتى يستعمل نحو (١ ½ لتر) فى غسـل المجرى الخلفى . و يلاحظ أن يكون الغسول دافئـا ، وأن يستعمل الغسول مرتين فى اليوم ، مرة فى الصباح وأخرى فى المساء . وقـد لاحظت أنه من المستحسن أن يغسـل المريض فى الصـباح بمحلول البرمنجنات المذكور ، وأن يستبدل به فى المساء غسـولا من محلول الميركيوروكروم المخفف بنسـبة (١/٢٠٠٠) ، لأن لهذا الأخير ميزة فى التغلب على الميكروبات المصاحبة، مثل الميكروب السبحى والعنقودى والدبلوكوك . وأن تتكرر هـذه العملية لمدّة تتراوح بين أربعـة أسابيع وستة ، تنتهى فى الغالب بالشفاء . ويلاحظ أن نستعمل فى هـذه الحالة حقنا من فاكسين الجونوكوك مرة كل يومين . وفى الأيام الأخرى نسـتعمل حقنـة فى الوريد من الجونوكيور (½ ٪) إلى (١٢ حقنـة) كمطهر للمجرى . وكذا يلاحظ المريض مسألة الغـذاء والقيود المذكورة بشأنه فى البند السابق (علاج السيلان الحـاد فى المجرى الأمامى) .

وفى نهاية الستة الأسابيع يجب على الطبيب أن يفحص الحويصلات المنوية والبروستاتا ، وذلك بدلكها دلكا خفيفا ، وفحص الإفرازات المتخلفة منها للتأكد من عدم وجود الجونوكوك بها .

علامة الشفاء — عند انقطاع الإفراز بعد العلاج المذكور يبول المريض فى ثلاث كاسات، حيث يجب أن يكون البول فيها خاليا من العكر أو الخيوط. ويجب أن يفحص المريض بمنظار مجرى البول الخلفى للتأكد من سلامة فتحتى القنوات القاذفة للمنى (Ejaculatory ducts)، وذلك بعدم وجود التهاب حولها؛ وهذه النقطة لها أهميتها، لأنه اذا ترك المريض وبه التهاب مزمن حول فتحتى القناتين القاذفتين للمنى، فمن المحتمل أنه بمرور الأيام يتحوّل الالتهاب الى نسيج ليفى يكون سببا فى انسداد إحدى القناتين أو كلتيهما؛ وهذه لها نتائجها السيئة من زوال قدرة المريض على النسل.

وبهذه المناسبة أذكر حالة مريض حضر لعيادتى يشكو من عدم القدرة على النسل، وقد فحص السائل المنوى فوجد خاليا من الحيوانات المنوية. ومن أقوال المريض تبينت أنه منذ عشرين سنة مضت أصيب بألم خفيف فى مجرى البول ولكنه أهمله، وبفحصه وجدت تضخما التهابيا بالبروستاتا والحويصلات المنوية، ووجدت ميكروب الجونوكوك فى إفراز البروستاتا يصحبه باشلس القولون والنيوموكوك، ووجدت خلايا قيحية كثيرة. وبفحص المجرى بالمنظار الخلفى وجدت ضيقا شديدا فى فتحتى القناتين القاذفتين للسائل المنوى وأوذيما حول الفتحتين. وقد عولج المريض لمدة تزيد عن السنة ثم لم يظهر بعدها الجونوكوك فى إفراز البروستاتا، غير أن الضيق لم يتأثر كثيرا؛ لذلك لا ينتظر لهذا المريض شفاء من العقم. فهذه الحالة تبين لنا أهمية فحص فتحتى القناتين القاذفتين للمنى، لأنه فى حالة إصابة المجرى الخلفى الحاد إذا ترك التهاب أو احمرار حول هاتين الفتحتين فمن السهل مس الالتهاب بمحلول نترات الفضة (٢ ٪) من خلال المنظار الخلفى لمجرى البول.

السيلان تحت الحاد لمجرى البول وعلاجه

يتوصل الطبيب لمعرفة أن الاصابة أصبحت سيلانا تحت الحاد بفحص بول المريض فى ثلاث كاسات حيث يكون البول فيها صافيا، وتظهر قطع متآكلة عالقة

فى كل منها مع قليل من خيـوط قيحية ، ويشكو المريض من ظهور نقطة قيحية صغيرة تظهر فى الصباح . فاذا فحصنا هذه النقطة بواسطة صبغة جرام لشريحة من الزجاج بها نموذج من الافراز ، فقد نجد أو لا نجد ميكروب الجونوكوك ، بينما نجد ميكروبات مصاحبة مثل الدبلوكوك والميكروب العنقودى .

على أنه من المهم جدا للطبيب أن يعرف منبع الالتهاب المسبب لنقطة الصباح ، لأن العلاج متوقف على معرفة نوع الالتهاب وموضعه . على أنه فى أكثر الأحيان يكون سبب نقطة الصباح التهابا أو انسدادا فى إحدى غدد ليتر (Littre's glands) ، أو التهابا فى إحدى جيوب مرجانى . ومن السهل معرفة موضع هذا الالتهاب اذا أدخل فى المجرى بوجى ذو نهاية مستطيلة (انظر الشكل) .

فيشعر الطبيب بمقاومة عنـد مرور نهاية البوجى بالبقعـة الملتهبة ، كما يشـعر المريض بشىء من الألم فى البقعـة المذكورة . وغنى عن البيان أنه يمكن للطبيب معرفة مواقع الاصابة بسهولة بمنظار مجرى البول ، إذ يرى الطبيب بوضوح مواضع الالتهـاب .

بوجى من الصمغ المرن ذو نهاية مستطيلة لمعرفة موضع الالتهاب فى غدد ليتر

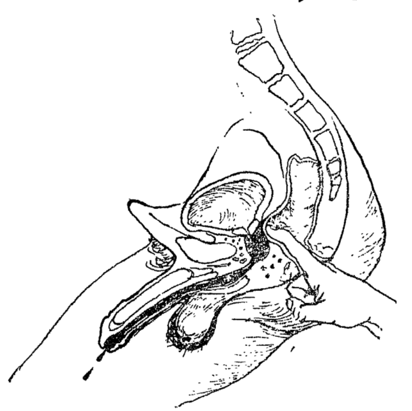
ويتعين على الطبيب أيضا فحص غدّتى كوبر ، وهما اثنتان واقعتان فى العجان بين طبقتى الرباط المثلث ، ولكل منهما قنـاة متعرجة ، وتنفتح كل من القناتين فى مجرى البول الأمامى . وطريقة فحص هاتين الغدّتين هى أن ينام المريض مستلقيا على ظهره ، وأن يثنى ركبتيه ، ثم يضع الطبيب السبابة اليمنى فى الشرج (بعـد وضع أصـبع من الجلد عليها) والابهام اليمنى على العجان من الخارج ، ثم يقرب الأصبعين بعضهما الى بعض ، فى الجانب الأيمن أولا ، ثم فى الجانب الأيسر من خط الوسط (Median Raphe) ثانيـا ؛ ففى حالة التهاب إحدى هاتين الغدّتين يشعر الطبيب بورم مستدير بين الأصبعين ، كما يشعر المريض بألم ظاهر عند الضغط ، ومن الجائز فى الوقت نفسـه أن يظهر إفراز من فتحة مجرى البول الخارجية بعد التدليك

المذكور، وبفحصه يعثر الطبيب على ميكروب الجونوكوك وكرات قيحية . ففى حالة إصابة هاتين الغدّتين بالسيلان إما أن تصاب هاتان الغدّتان بالتهاب وتضخم ، أو يتكوّن كيس من القيح بهما . ويكون العلاج فى الحالة الأولى تدليكهما بالطريقة المذكورة، وفى الحالة الثانية تعمل فتحة فى العجان من الخارج وتشق الغدّة المتقيحة، ثم تعالج بالطرق الجراحية حتى تلتئم، وقد لاحظت أن الطبيب كثيرا ما ينسى فحص غدّتى كوبر مع أنهما من الأهمية بمكان ، ومن السهل انسداد قناتيهما نظرا لطولها وتعرجهما، وبسبب ذلك تصاب هذه الغدّة فى كثير من حالات السيلان تحت الحاد أو المزمن بالتهاب، وفى هذه الحالة يشكو المريض عادة من ألم شديد فى العجان يشير اليه الطبيب بأصبعه . وتلزم التفرقة بين التهاب غدّة كوبر والتهاب البروستاتا، حيث إن فحص غدّة كوبر لا يستلزم إدخال السبابة الى الداخل مسافة طويلة بالشرج، وإلا كان التدليك على البروستاتا بدلا من غدّة كوبر .



(شكل يبين طريقة فحص غدّة كوبر)

فحص البروستاتا والحويصلات المنوية — طريقة فحص هـذه الغدد هى أن يسجد المريض على المنضدة فيكون ظهره الى أعلى ، وبعـد أن يلبس الطبيب قفازا معقما فى يده اليمنى يدخل السبابة (بعد وضع قليل من الفازلين عليه) فى الشرج ، ويجعل ضغط أصبعه إلى أسـفل . ففى حالة التهاب البروستاتا يشعر الطبيب بتضخم فى البروستاتا ، واذا ضغط عليها يشعر المريض بألم ، كما يظهر إفراز عند فتحة مجرى البـول ، وبفحصه يعـثر الطبيب على الجونوكوك وكرات قيحية أو ميكروب النيوموكوك... الخ . على أنه يجب أن يكون الضغط خفيفا إذا شعر المريض بألم عند التدليك ، لأن ذلك معناه أن البروستاتا فى دور التهاب حاد أو تحت الحاد ، ويجب أن تدلك باحتراس وإلا زاد الالتهاب بها . وسنشرح عوارض التهاب غدد كوپر والبروستاتا والحويصلات المنوية وطرق علاجها شرحا وافيا عند الكلام على مضاعفات السيلان والإصابات المزمنة فى الغدد المذكورة .



(شكل يبين كيفية تدليك البروستاتا)

ولفحص الحويصلات المنوية — يجب أن يدخل الطبيب أصبعه فى الشرج إلى مسافة طويلة حتى يصل إلى الحد الأعلى للبروستاتا ، فاذا فعل ذلك فإنه يشعر بالحويصلات المنوية ، وفى حالة التهابها يشعر بتضخمها ، كما يشعر المريض بقليل

من الألم عند الضغط عليها . وقبل فحص البروستاتا أو الحويصلات المنوية يغسل الطبيب الجزء الأمامى لمجرى البول بمحلول بوريك مخفف، ثم يأمر المريض أن يحفظ بوله حتى تنتهى عملية التدليك للبروستاتا أو الحويصلات . وبعد التدليك يبول المريض فى كأس واحدة، فيرى الطبيب عكارة فى البول بسبب إفراز البروستاتا مع الإفرازات الالتهابية، كما يرى قطعا التهابية متساقطة فى البول من البروستاتا .

هذا ما يجب على الطبيب أن يفحصه قبل الاقدام على علاج حالة السيلان تحت الحاد، ويمكنه بسهولة أن يصل الى العلاج اذا أجرى الفحص المذكور .

ملاحظات عن العلاج — قبل البدء فى العلاج النوعى، اللازم لكل حالة حسب إصابتها، يغسل مجرى البول الأمامى والخلفى بمحلول الميركيور وكروم ($\frac{١}{٢٠٠٠}$) أو إكسسيانور الزئبق ($\frac{١}{٤٠٠٠}$)، ثم اذا كانت الإصابة فى غدّة ليتر أو فى جيب من جيوب مرجانى، نتأكد أوّلا من موقعها بواسطة بوجى الصمغ المرن السابق وصفه، وبعدها ندخل فى المجرى موسعا معدنيا مستطيلا ويكون أكبر قليلا عن اتساع المجرى (انظر الشكل) .

ثم نعمل تدليكا على الموسع من خارج المجرى فى النقطة التى تقابل الغدّة المصابة، ويستمر هذا التدليك الخفيف دقيقتين أو ثلاثا، وبعدها نخرج الموسع ونغسل المجرى بأحد المحلولين السابقين . ونكرر هذا العمل مرتين فى الأسبوع مع غسل المجرى فى بقية الأيام مرتين يوميا بالمحلول المستعمل . وفى نهاية الأسبوع يفحص المجرى بمنظار مجرى البول للتأكد من تحسن حالة غدد ليتر، فاذا كانت نقطة الاصابة مقصورة على التهاب غدد ليتر، دل هذا على أن العلاج بهذه الطريقة سوف يكون ناجحا فى مدى شهر من يوم البدء فيه . وفى بعض حالات قليلة قد يستمر الإفراز من هذه الغدد على الرغم من هذا العلاج، وهنا يجب أن (نمسها) بمحلول نترات الفضة من خلال منظار مجرى البول مرة أو اثنتين .

موسع معدنى مستقيم للجرى الأمامى

وأما عن غدتى كوبر فعلاجها فى الاصابة تحت الحادة ينحصر فى تدليكها ثلاث مرات فى الأسبوع ، وفى غسيل مجرى البول بمحلول برمنجنات البوتاسيوم ($\frac{1}{5000}$) أو بمحلول إكسسيانور الزئبق ($\frac{1}{4000}$) بعد التدليك . وذلك لتنظيف المجرى من الإفراز الناتج عن التدليك . ولا يحتاج فى تدليكها الى أكثر من اثنتى عشرة مرة تقريبا ، وإذا لم يشعر المريض بألم فى العجان أو بتضخم عند تدليكها دل ذلك على شفائه ، على شريطة ألا يظهر إفراز عند تدليكها .

وغنى عن البيان أنه يلزم عمل شق فى العجان وفتح الغدة المذكورة إذا ظهر خراج بها ، وأنه يجب أن يستمر فى (الغيار) بالطرق الجراحية حتى يلتئم الجرح .

البروستاتا والحويصلات المنوية فى الاصابة تحت الحادة — يجب ملاحظتها والاهتمام بعلاجها ، إذ أنه فى حالة إصابة المجرى الخلفى حتى فى الدور الحاد تصاب الغدد المذكورة بالتهاب ولو بسيط . وأهم ما يجب ذكره عن علاجهما تدليكها بالسبابة اليمنى . وهناك طريقتان للتدليك : ففى الأولى نمرّر الأصبع من أعلى الى أسفل فى شكل خطوط رأسية . وفى الثانية نمرّر الأصبع من الجانب الأيمن الى الأيسر فى شكل حركة واحدة ، ونكرر هذه الحركة خمس مرات أو ستا . ويختلف الأطباء فى اتباع إحدى هاتين الطريقتين ، وعندى أن الطريقة الأولى ، وهى التدليك من أعلى الى أسفل فى شكل خطوط أفضل ، لأن هذه الطريقة تضمن راحة الأصبع ، فتتوفر له القوّة الكافية للضغط المناسب ، فانه يهمنا فى حالة التدليك عمل أشدّ تدليك ممكن يتناسب مع راحة المريض دون أن يشعر هو بألم ، وفى الوقت نفسه يكون التدليك كافيا لإخراج أكبر كية ممكنة من الإفراز . وفضلا عن ذلك فان التدليك الشديد يساعد الدورة الدموية فى البروستاتا ، ويعتبر هذا عاملا مهما فى الشفاء ، ويجرى هذا التدليك مرتين أو ثلاثا على الأكثر فى الأسبوع ، لمدّة شهر أو ستة أسابيع ، بمعنى أن الطبيب يجرى ما لا يزيد عن اثنى عشر تدليكا . ويجب غسل المجرى بمحلول مطهر عقب كل تدليك وذلك إما بملء المثانة قبل

التدليك بهـذا المحلول ثم يؤمر المريض بالبول عقبـه ، أو بعمل غسـيل كالمعتاد عقب التدليك .

علامة الشفاء — تشفى البروستاتا والحويصلات المنوية من الالتهاب تحت الحاد اذا ظهر ضمور فى حجمها بعد العلاج ، كما لا يشعر المريض بألم جهة العجان ، ويكون البول بعد التدليك خاليا من الخيوط أو المواد الالتهابية القيحية ، وإذا فحص إفراز البروستاتا بالمجهر فلا نعثر فيه على الجونوكوك أو الكرات القيحية . وعلى الطبيب أن يلاحظ أنه بعد التدليك الشـديد للبروستاتا يخرج إفراز خلاياها غير المرضية ، وهذه تظهر فى البول فى شكل أجسام دائرية ، وسرعان ما تذوب فى البول فتعطيه قليـلا من الغشاوة ، ومن السهل على الطبيب المتمرّن تمييزها بمجـرّد النظر ، واذا اختلط عليه الأمر فعليه أن يضع البول فى أنبوبة الطاحونة المرسـبة السنتريفيوج (Centrifuge) ، ويأخذ الراسب ويحلله وعندها يتجلى الشك عن اليقين . وكما شرحت سابقا يجب فحص مجرى البول بالمنظار الخلفى للتأكد من سلامة فتحتى القناتين القاذفتين للمنى .

وعلى فرض أن المريض بقى يشكو من ألم فى العجان بعد العلاج المذكور بسبب التهاب البروستاتا ، وصف له الطبيب لبوسا كاللبوس الآتى وصفه يضع واحدا منه فى الشرج قبل النوم يوميا لمدّة عشرة أيام . وبهذا يزول الالتهاب الباقى اللهم إلا فى القليل النادر من الحالات :

اللبـــوس

أكتيول ... ... ٠,٤ جـــرام

أتروبين ... ... ٠,٠٠١ «

زبدة الثيوبرومين ... ... كمية كافية لعمل لبوس

منظار مجرى البول وأهميته فى التشخيص والعلاج

قبل البدء فى شرح السيلان المزمن لا بدّ لى من الإشـارة الى موضوع منظار مجرى البول لمـا له من الأهمية العظمى عند الطبيب ، سواء فى التشخيص أو فى العلاج .

يذكر بعض الأطباء أن تشخيص التهاب مجرى البول وملحقاته وعلاجها لا يحتاج لاستعمال آلات مثل منظار المجرى ، إذ قد تنشأ مضاعفات عن استعماله فضلا عن أن طرق التشخيص المعروفة، من فحص البول والإفراز وطرق العلاج المتعدّدة ، تكفى للاستغناء عنه .

وإنى — وأنا طبيب — قد استعملت ولا أزال أستعمل مناظير مجرى البول مخالفا هذا الرأى كل المخالفة، فلا يسعنى إلا أن أعترف بفضل منظار المجرى فى التشخيص وأنه لا يقل فضلا عن مسماع الطبيب الباطنى فى سماع ودقة تشخيص لغط فى احدى صمامات القلب .

فإذا حضر لنا مثلا مريض مصاب بسيلان مزمن ثم هو لا يشكو حرقة فى البول، وإذا بال فى أربع كاسات لا نرى سوى بولا صافيا توجد به أحيانا قطع ملتهبة متآكلة أو خيوط عائمة ، وكل ما يشكو منه المريض نقطة بيضاء تظهر عند فتحة مجرى البول فى الصباح، فكيف يكون العلاج اذا لم يتأكد الطبيب من موضع الإصابة، وهل هو موضع واحد أو أكثر، وكذلك درجة الإصابة، كل ذلك يحتاج إلى فحص مجرى البول فحصا دقيقا كما يجب على الطبيب أيضا أن يتأكد من منظار المجرى الأمامى والخلفى .

على أنه يلاحظ أن المنظار لا يصح أن يستعمل فى حالات الالتهاب الحادة أو الحالات التى تدل على تقيح ظاهر ، كما يرى من فحص البول ، كما لا يصح أن يستعمل فى حالات تورّم القضيب أو تورّم الخصية، أى فى الحالات التى لا يصح أن يدخل فيها الطبيب أى آلة بالمجرى . ولمنظار مجرى البول الميزات الآتية :

(١) معرفة موضع أو مواضع الإصابة بالمجرى بالدقة .

(٢) فحص حالة المجرى بعد الانتهاء من العلاج بالغسيل فى إصابة حادة أو تحت الحادة .

(٣) معرفة موضع المضاعفات ، إن وجدت بسبب العلاج ، كما إذا وجد تمزق بسبب استعمال موسع .

فمنظار المجرى يدلنا على وجود جيوب غير طبيعية بالمجرى أو بوليبوس أو مبادئ ضيق مما لايمكن تشخيصه بالطرق الأخرى .

(٥) يستعمل المنظار فى علاج السيلان المزمن مثل مس غدد ليتر بنترات الفضة .

(٦) يستعمل فى النساء لفحص مجرى البول، كما يستعمل فى الأطفال أو البنات الصغار لفحص المهبل واستعمال المس من خلاله فى بعض الحالات .

أنواع مناظير مجرى البول

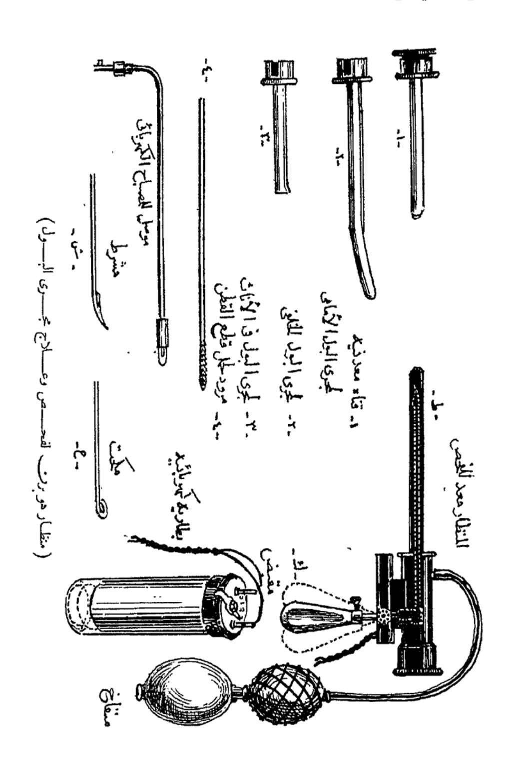
تنقسم منظارات مجرى البول من الوجهة العملية الى قسمين : (الأول) وفيه الإنارة من الخارج . (والثانى) وفيه الإنارة من الداخل . فالقسم الأول يساط فيه النور من الخارج على المجرى بواسطة انعكاس الضوء باستعمال عاكس ، ومن أمثلة المنظارات المستعملة من هذا النوع منظار كاسبر (Casper's urethroscope) وتذيك (Tenewick's urethroscope) .

أما القسم ذو الإنارة من الداخل فيستعمل فيه لإنارة المجرى مصباح صغير يوضع على موصل وينير نهاية ماسورة المنظار، فينار بذلك الجزء المطلوب فحصه من مجرى البول . ومن منظارات هذا النوع هاريسون (Harrison's urethroscope) ولييز (Luy's urethroscpe) وفالنتين (Valentine) وهوبورن (Holborn) وأوبرلاندر (Oberlander's urethroscope) ، ويستعمل مع أكثر هذه المنظارات منفاخ هوائى يوسع مجرى البول عند نفخه، فيظهر المجرى بشكل واضح تسهل معه رؤية النقط المرضية وعلاجها .

ويفضل بعض الأخصائيين المناظير ذات الاضاءة من الخارج لأنها تترك للريض مجالا لاستعمال المنظار بسهولة داخل ماسورة ، لأنه كما لا يخفى فى حالة الاضاءة من الداخل يشغل الموصل الموضوع عليه المصباح الكهربائى جزءا من الماسورة ، ولكنى أنا شخصيا أفضل على الرغم من ذلك المنظارات ذات الاضاءة

من الداخل ، لأن النور المسلط من الداخل يكون دائماً أظهر؛ وهذا مما يسهل رؤية مجرى البول بوضوح .

وسأكتفى من الوجهة العملية بشرح نوع واحد من تلك المنظارات ، وهو المستعمل فى كثير من المستشفيات الحكومية ألا وهو منظار هوبرن .



(منظار هوبرن لفحص وعلاج مجرى البول)

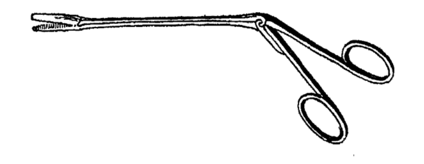
بالاطلاع على الشكل الأعلى يمكن رؤية أجزاء الجهاز المستعملة ، وهو يضاء بمصباح كهربائى صغير قوته (٣ فولت)، ويوضع فى نهاية مسبر متصل بالمنظار، ويوجد بالجهاز (بطارية) جافة داخل صندوق من المعدن . وبه الأنابيب المعدنيـة المستعملة فى الفحص، ومنها أنبوبة لمجـرى البول الأمامى، وهى ذات أحجام مختلفة (٢٢ و ٢٤ و ٢٦)، وأخرى لمجرى البول الخلفى، وثالثة لمجرى البول عند السيدات . وفى هذا المنظار يمكن إدخال آلات الكشف والعلاج من خلال فتحة فى عدسة الجهاز . فلذلك يتيسر رؤية المجـرى بدون عناء كبير . والآلات المستعملة يمكن تحريكها بواسطة يد محركة (ك) تتحرك إلى الأمام والخلف لتقريب أو إبعاد الآلة المستعملة، ويمكن أن يتصل بتلك اليد من الآلات المكحت (ح) أو المشرط (ش) أو المسبر .

تهيئة المريض والآلات للفحص — يجلس المريض على مقعد منضدة الكشف جلسة عادية، ثم يغسل الطبيب خارج القضيب جيدا بمطهر مثل محلول الليزول أو إكسسيانور الزئبق، وذلك بقطعة من القطن مبللة باحدى هذين المحلولين، ويستحسن ألا يبول المريض قبل الفحص لأن بلل سطح المجـرى يعكس الضوء المسلط عليها فلا تظهر بوضوح كما لو كانت جافة .

يدهن الطبيب نهاية (المـاسورة) الأمامية للمنظار (١) . (انظر الشكل) بفازلين معقم، ثم يدخلها تدريجيا فى مجرى البول دون أن يسبب ألمـا للمريض . ولا تستدعى الحال وضع (بنج) موضعى فى المجرى، واذا استدعى الحال (فى حالة مريض عصبى) فيكتفى قبل وضع (المـاسورة) بحقن مجرى البول بمقدار ثلاث نقط أو أربع من محلول نوفوكايين (٢٪) وتدلك المجرى فى حالة وجود المحلول مدّة ثلاث دقائق، ثم يدخل الطبيب (ماسورة) المنظار المذكورة، ويلاحظ استعمال أكبر مقياس ممكن إدخاله (الدرجات المستعملة ٢٠ و ٢٢ و ٢٤ و ٢٦)، وذلك ليتسنى رؤية أكبر مسـاحة ممكنة من المجرى فى وقت واحد، وقد يصادف فى بعض الحالات أن تكون فتحة المجرى الخارجية ضيقة بدرجة لا تسمح حتى بدخول أصغر هذه (المـاسورات) طولا،

وفى هذه الحالة يجب أن يستعمل الطبيب موسعا لتوسيع الفتحة مثل موسع كولمان أو الموسعات المدرّجة ، ويلجأ بعض الأطباء لعمل شق فى الفتحة بالطرق الجراحية ، ولكنى لم أصادف حالة اضطرتنى لذلك لأن الموسعات المدرّجة تكفى لعمل التوسيع اللازم .

بعد أن يدخل الطبيب الماسورة الأمامية للجرى يخرج الجزء الداخلى منها تدريجيا ، وبعد ذلك يجفف السائل الموجود بالمجرى بواسطة مسبر فى نهايته قطعة من القطن المعقم ، ويستعمل بعض الأطباء عيدانا من الخشب الرفيع بدلا من المسبر الحديدى ، وتعقم تلك العيدان بوضعها فى قمطر صغير تعقم فيه الآلات المختلفة ، وخصوصا المجسات الصمغية بواسطة بخور الفورمالين . و يلاحظ أن تكون قطعة القطن ملفوفة جيدا وإلا سقطت داخل المجرى ، وفى هذه الحالة يمكن إخراجها بجفت خاص يسمى جفت كلى (Kelly's foreingn body forceps) . انظر الشكل .



جفت كلى (Kelly's forceps)

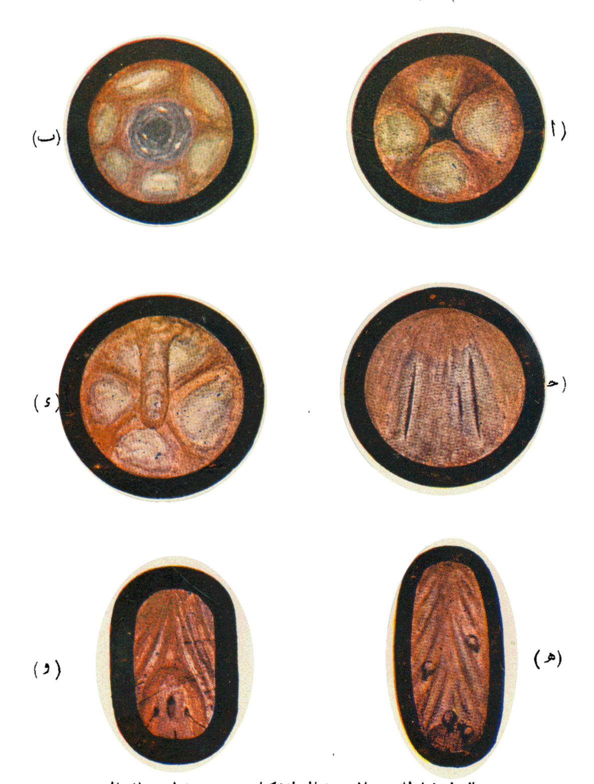
وقد يصادف أن تظهر فى بعض الحالات نقط دموية تظهر فى قطعة القطن المستعملة للتجفيف ، وفى هذه الحالة يعاد التجفيف حتى يختفى الدم تماما من سطح المجرى . وفى بعض حالات نادرة يصعب تجفيف الدم لغزارته ، وفى هذه الحالة تبلل قطعة القطن قبل وضعها فى المجرى بمحلول أدرنالين ($\frac{1}{1000}$) ، ولا يصح بحال من الأحوال أن يسكب الأدرنالين داخل المجرى بشكل حقن ، لأن ذلك قد يسبب صدمة للمريض . وبعد تجفيف مجرى البول جيدا يدخل الجزء من

المنظار (ط) المركب عليه المصباح الكهربائى حتى يثبت فى نهاية القضيب الموجود بالمجرى ، ويضاء المصباح الكهربائى بواسطة (البطارية) المتصلة بالجهاز والموجودة فى العلبة ، أو بواسطة البانتوستات إن وجد بالمستشفى ، وفى هذه الحالة لانحتاج (لبطارية) جافة . ويأمر الطبيب المريض أو الممرض بمسك المنفاخ الهوائى والضغط عليه بانتظام وبطء ، ثم يحرك الطبيب المنظار بما فيه الأنبوبة الموجودة بالمجرى ببطء من الخلف الى الأمام ، لا على العكس ، لأن ذلك يسبب جروحا بالمجرى . ويجتهد الطبيب فى أن يفحص بدقة ولا سيما السطح الأعلى للمجرى حيث توجد به غدد ليتر وجيوب مرجانى ، وذلك ليقف على حالة مرضية عند المريض . وقبل الخوض فى الحالات المرضية التى يحتمل أن يقابلها الطبيب يجب على أن أشرح شكل مجرى البول الطبيعى اذا ما فحص بالمنظار حتى لا يخلط الطبيب حالة طبيعية بحالة مرضية .

منظار مجرى البول الأمامى الطبيعى اذا فحص بمنظار مجرى البول — يلاحظ أن اللون الطبيعى لغشاء مجرى البول يتغير حسب حالة الأوردة الصغيرة المغذية للغشاء ، فضغط نهاية المنظار مثلا على سطح المجرى الملاصق له يسبب بياضا فى تلك البقعة مما يدفع الطبيب غير المتمرن الى الاعتقاد بأنها حالة مرضية مع أنها طبيعية .

ولكى يسير الطبيب على هدى يجب عليه أن يوجه فحصه نحو شيئين : (الأول) مايراه فى نهاية أنبوبة مجرى البول ، وهو ما نعبر عنه بالشكل المتوسط . (والثانى) الغشاء المغطى لجدران مجرى البول . ولما كانت جدران مجرى البول فى الحالة الطبيعية تظهر متقابلة بعضها مع بعض ، فإن الشكل المتوسط الذى نراه فى نهاية أنبوبة مجرى البول عبارة عن تقابل تلك الجدران بعضها مع بعض ، مع ظهور فجوة صغيرة فى وسطها هى قناة المجرى . وهذه القناة يظهر اتساعها بوضوح كلما ضغطنا على المنفاخ الهوائى المتصل بالمنظار ، حتى إنه فى حالة ضغط كمية كبيرة من الهواء تنفصل جدران مجرى البول بعضها عن بعض وتظهر القناة فى شكل فجوة متسعة متباعدة الجدران .

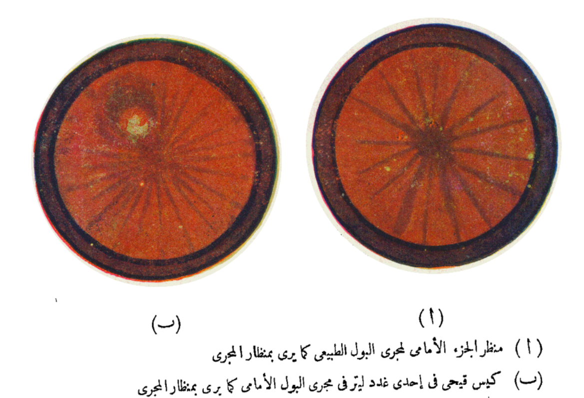
(لوحـــة رقـــم ١٢)



مجرى البول فى الحالات المرضية المختلفة كما يرى من خلال منظار المجرى

(أ) بوليبوس قصير فى غشاء المجرى وهو فى حالة ارتشاح رخو . (ب) ارتشاح صلب (ضيق المجرى) . (حـ) تمزقات فى غشاء المجرى بسبب سوء استعمال موسع كولمان . (ء) بوليبوس طويل فى غشاء المجرى . (هـ) بوليبوسات على سطح العرف الجبلى (Veumontanum) وبفجوة البروستاتا . (و) الجزء البروستاتى من المجرى الطبيعى وفيه نرى فتحات البروستاتا (النقط الصغيرة) على جانبى العرف الجبلى كما يرى العرف الجبلى ، وكذا فتحتا القناتين القاذفتين للمنى على جانبى شكوة البروستاتا (utriculus) (الفتحة المتوسطة) ، وكذا ترى طيات الغشاء المخاطى المحيط بفجوة البروستاتا (Prostatic fossette) فى شكل مروحة .

(لوحـــة رقـــم ١٣)

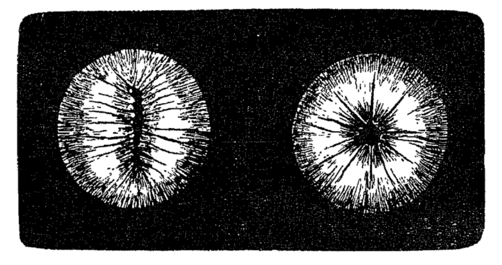


(ب) (ا)

(ا) منظر الجزء الأمامى لمجرى البول الطبيعى كما يرى بمنظار المجرى

(ب) كيس قيحى فى إحدى غدد ليتر فى مجرى البول الأمامى كما يرى بمنظار المجرى

ويرى سطح المجرى فى شكل وردى مغطى بطبقة لامعة ، هى ما تفرزه غدد ليتر . ويمكن رؤية ثنيات فى نهاية المجرى فى شكل خطوط تبدأ من الوسط وتنتهى



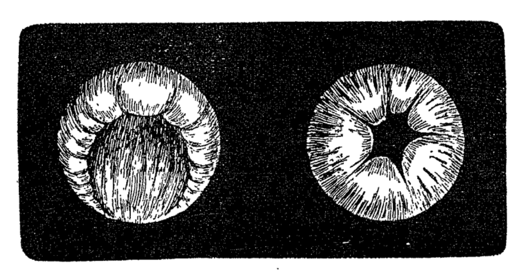
منظر مجرى البول الطبيعى فى الجزء الاسفنجى بدون نفخ — منظر مجرى البول الطبيعى فى الجزء البصلى دون نفخ

فى الجدران (انظر الشكل) . وهى تتكوّن من ضغط الأغشية المحيطة بالمجرى على جدرانها ، وتختلف فى العدد والشكل باختلاف الأشخاص . و إذا نظرنا الى نهاية الجزء البصيلى من المجرى بحيث يظهر الشكل المتوسط فى وسط نهاية المنظار ، واستعملنا منفاخ الهواء رأينا غشاء المجرى مرفوعا فى شكل ثنايا مقوّسة (انظر الشكل صفحة ٣٠٠) ، وذلك بسبب تقلص العضلة القابضة (Compressor muscle of urethra) .
ويرى الجزء البصيلى من المجرى فى شكل كهف يتجه قعره الى الخلف ثم الى أعلى ، و يلاحظ أن أقل خدش بسبب سوء استعمال المنظار يسبب نزيفا دمويا فى المجرى ، لوجود الأوعية الدموية العديدة التى تغذيها . ولا يمكن فى الحالة العادية رؤية فتحتى غدّتى كوپر بسهولة ؛ كما لا يمكن أن نرى فتحات ليتر إلا فى شكل فتحات صغيرة جدا ، وتظهر فى السطح الأعلى للمجرى خاصة .

أما جيوب مرجانى فترى فى شكل منخفضات دون أن يرى لها حافة مرتفعة عن السطح ، ويكون لها لون أحمر خفيف يقارب لون غشاء مجرى البول ، ويختلف جيب مرجانى الأعظم (Lacuna Magna) القريب من فتحة المجرى الخارجية عن

الجيوب الأخرى فى كبر حجمه ووضوح حدوده. واذا نظرنا الى أجزاء المجرى الأمامى دون أن نستعمل النفخ الهوائى نرى الشكل المتوسط فى الجزء البصيلى من المجرى على شكل شق رأسى (انظر الشكل صفحة ٢٩٩). وفى الجزء الاسفنجى من المجرى يرى الشكل المتوسط من المجرى على شكل شق مستعرض (انظر الشكل صفحة ٢٩٩) . وفى الفجوة الزورقية (Fossa navicularis) على شكل شق بيضى .

و يلاحظ أننا نرى فى الجزء الاسفنجى من المجرى دوائر مستعرضة نتيجة تقلص الطبقة العضلية المحيطة بالنشاء، واذا نفخنا الهواء فان هـذه الدوائر تتلاشى بسبب الضغط الذى يحدث .



ضيق رخو بعد النفخ البسيط　　　　الجزء البصيلى الطبيعى من المجرى بعد النفخ

وهذه النقطة تهم الطبيب المبتدئ، فقد يعتقد أنها ضيق فى المجرى مع أنها صفة تشريحية طبيعية ، و يحدث هـذا الاشتباه خاصة فى المرضى الشبان الأقوياء الذين لا تتأثر صلابة عضلاتهم بالنفخ البسيط ، و يلاحظ أنه لولا وجود المنفاخ الهوائى لما تيسر رؤية ما تقـدّم بسهولة ، وكثيرا مايصادف الطبيب نقطـة بيضاء يعتقد أنها خراج ، فإذا وصل اليها بعد النفخ وتصويب نهاية المنظار نحوها تبين أنها إفراز مخاطى عائم فى المجرى .

وعلى الطبيب أن يلاحظ على وجه الخصوص لون المجرى ، و يعـوّد بصره على اللون الطبيعى ، وذلك بفحص حالات غير مرضـية . وليعلم أن اللون الأحمر

الخفيف سرعان ما يصبح مائلا للبياض بسبب ضغط نهاية المنظار عليه ، أو بسبب حصول صدمة للمريض ، وخصوصا اذا أدخل فيه المنظار للمرة الأولى ، وأن لون مجرى الرجل المتقدّم فى السنّ يكون قابلا للصفرة ، ولا تظهر فى المجرى التقلصات المستديرة بسبب ضمور عضلاته ، كما تظهر بوضوح فى شاب عضلى . وأخيرا يجب على الطبيب ألا يتسرع فى الحكم على جزء ويصفه بأنه مرضى ، بينما هو مظهر طبيعى للمجرى . وليعلم أن عدم دقة الفحص الأول تسبب آلاما ومتاعب للمريض لا مبرر لها .

الحالات المرضية المحتمل وجودها فى المجرى الأمامى للبول —

كما ذكرت سابقا يقتصر فى فحص المجرى على المنظار فى الحالات تحت الحادة أو المزمنة ، ولا يصح بحال أن يستعمل المنظار فى الالتهابات الحادة . والآن أبدأ بشرح الحالات المرضية :

(أوّلا) فى حالة العاهة التى تظهر فيها فتحة المجرى الخارجة أسفل العضو (Hypospadius) — تفتح القنوات المحاذية للمجرى (Paraurethral ducts) داخل مجرى البول الأمامى ، وفى حالة الاصابة بالسيلان من الجائز أن يحصل انسداد لهذه القنوات مما يسبب وجود كيس قيحى فى المجرى ، وعلى ذلك يبحث الطبيب دائما فى المرضى المصابين بالعاهة المذكورة عن فتحات القنوات المحاذية للمجرى ، ويمكن الاستدلال على فتحاتها بظهور نقط قيحية عند ضغط نهاية المجرى على الغشاء ، وتعالج هذه الحالة بمسها بنترات الفضة جملة مرات ، أو بفتحها بواسطة المشرط الصغير السابق شرحه فى منظار هوبرن .

(ثانيا) ضيق المجرى (Stricture of urethra) — يسبب السيلان المزمن ضيقا فى المجرى إذا أهمل علاجه ، وربما ينتج عن ذلك عدم قدرة المريض على البول ، وينقسم الضيق السيلانى الى قسمين : (الأوّل) الضيق أو الارتشاح الرخو (Soft infiltration) . (والثانى) الضيق الصلب . ولما كان من المهم جدا تشخيص الضيق عن طريق منظار مجرى البول . لذلك سأشرح وصف كل منهما بإسهاب كما نراهما من خلال المنظار :

(ا) الارتشاح أو الضيق الرخو (Soft infiltration) — يبدأ الضيق الرخو بظهور احمرار فى البقعة المصابة ، واحتقان مع ظهور أديما حول تلك البقعة ؛ ويفقد الغشاء المخاطى لمعانه الطبيعى . ويعقب ذلك تآكل خفيف فى البقعة المصابة ، ويقل عدد طيات الغشاء الطبيعية فى موضع الإصابة نتيجة التهابها ، ويظهر الشكل المتوسط محاطا ببضع طيات حمراء قرمزية ، تحصر أجزاء من الغشاء ملتهبة ومحتقنة ، ويسهل جرحها . وهذا الشكل يوصف عادة بأنه يشبه البواسير الداخلية . (انظر الشكل فى صفحة ٣٠٠) .

ويكون موقع الضيق الرخو فى الجزء الأمامى للمجرى ، إما فى الجزء الاسفنجى أو فى الجزء البصيلى . ومن الجائز أن يوجد فى المريض أكثر من ضيق واحد ، ويفصلها بعضها عن بعض غشاء مخاطى طبيعى . وتتفاوت درجة الإصابة ، فبينما نرى فى بقعة مبادئ الضيق الرخو نرى فى بقعة أخرى ضيقا كاملا فى شكل دائرى حول المجرى . وتصاب غدد ليتر وجيوب مرجانى دائما فى البقعة المبتدئ فيها الضيق ، فتظهر غدد ليتر فى شكل بروز صغيرة . وقد يعثر الطبيب على نقط قيحية فيها ، أو على كيس قيحى يظهر بوضوح عند استعمال النفخ فى تلك البقعة . ويظهر جيب مرجانى فى شكل نتوء تظهر فيه نقط قيحية أكثر وضوحا من غدد ليتر . وقد يصادف أن يرى الطبيب ورم باببلومى (Papilloma) فى موضع تلك الإصابة .

يعقب هذا التغيير المرضى (الذى يحدث فى بضعة أسابيع أو شهور دون أن يشعر المريض بألم أو تغيير فى حالته) عدم قدرة الجزء المصاب على التمدد عند استعمال النفخ ، كما يحصل فى الجزء السليم ، وذلك بسبب التهاب طبقات المجرى التى تلى الغشاء المخاطى (Subepithelial tissue) . وفى هذه الحالة يظهر فى المجرى فى البقعة المصابة غشاء حبيبى (Granular epithelium) غير منتظم ، بحيث ترى الحبيبات متفرقة بعضها عن بعض ، ويرى بينها بقع صفراء بسبب الالتحام المرضى الناشئ عن ألياف صغيرة لا تصل اليها الأوعية الدموية ، فتظهر صفراء أو بيضاء عند النفخ ،

وذلك بمقارنها بالحبيبات القرمزية المحيطة بها ، ويمكن تشبيه المجرى فى هذه الحالة بحالة الرمد الحبيبى فى العين عند إصابتها بالتراخوما . وسأشرح علاج هذه الحالة والحالات الأخرى عند شرح علاج السيلان المزمن .

الضيق أو الارتشاح الصلب (المسبب عن السيلان)

(Hard infiltration) — تختلف هذه الحالة عن الضيق الرخو من الوجهة الباثولوجية بوجود ألياف فى الطبقة تحت الغشائية للمجرى ، فينتج عن كثرة هذه الألياف تقلص فى مجرى البول ، وقد تصبح هذه الألياف صلبة لدرجة أنه يمكن إحساسها باليد من الخارج . وقد يستمر تكوين هذه الألياف والضيق الناشئ عنها من ست سنين الى خمس عشرة سنة . والعلامات الاكلينيكية التى تدفعنا الى الاعتقاد بوجود ضيق صلب هى وجود إفراز فى الصباح (على العكس من الضيق الرخو) ، وضعف قوة اندفاع البول مع تغيير اتجاهه ، وكثرة تبوّل المريض ، وضعف قواه التناسلية . ويتكوّن الضيق عادة فى الجزء البصيلى من المجرى . ويعزو بعض الأخصائيين ذلك لقوّة اندفاع البول من المثانة عليه عند تفريغ البول من المثانة ، ويتكوّن الضيق أيضا فى الجزء الاسفنجى من المجرى .

وصف الضيق من خلال المنظار — يمكننا أن نرى أنواع عدّة ودرجات متفاوتة من الضيق الصلب من خلال المنظار ، وقد أطلقت عدّة أسماء على الحالات المختلفة التى يمكن حصولها ، ولكنها فى الحقيقة لا تحتاج لهذه التسمية لأنها حالة مرضية واحدة تختلف فقط من حيث درجة الإصابة ، فقد يكون الضيق كامل الاستدارة ولكنه يكون فى شكل خط رفيع ، وهذا ما يسمونه بالضيق الخطى (Linear Stricture) . وقد يكون الضيق أشدّ من ذلك فيكون كامل الاستدارة ، ولكنه يشغل جزءا أكبر من عرض المجرى ، وهذا ما يسمى بالضيق الدائرى (Annular Stricture) ، كما أن الضيق غير المنتظم الذى يسبب تغييرا فى اتجاه المجرى يسمى بالضيق الحلزونى (Tortuous Stricture) . وقد يحدث أنه بسبب سوء

استعمال الآلات ، يحدث التحاما يخترق مجرى البول و يكوّن ضيقا يسمى الضيق القيدى (Bridle stricture) . و يمكننا أن نقسم حالات الضيق الصلبة التى نراها من خلال المنظار من الوجهة الاكلينيكية الى قسمين : النوع الغدى (Glandular type)، والنوع الحويصلى (Follicular type) . ففى النوع الغدى تظهر قنوات ليتر وجيوب مرجانى بشكل ملتهب، بحيث تظهـر فتحاتها واضحة أكثر من المعتاد ، وتحيط بها دائرة التهابية قرمزية اللون ، وتفرز تلك البقع الملتهبة سائلا قيحيا يجوز أن يعثر فيه الطبيب على ميكروب الجونوكوك . ومما يدل على غور الالتهاب فى الطبقة التى تلى الغشاء المخاطى (Submucous coat) أن الطبيب إذا استعمل ممدّد كولمـان فى مثل هذه الحالة، ففى الغالب يكثر الإفراز بسبب تفتح تلك البقع وخروج الإفراز منها، وقد يعثر الطبيب على أكياس قيحية بالمجـرى فى البقع الملتهبة . وهـذه تنفجر عند استعمال ممدّد للمجرى .

أما النوع الحويصـلى فيعتبر حالة مرضية أكثر تقدّما (إصابة) من النـوع السابق، لأن الطبيب لا يرى فى هذه الحالة فتحة غدد ليتر أو جيوب مرجانى، بل كل ما يراه من داخل المنظار هو انتفاخ مع احمرار فى بقعـة من المجرى ، وسبب عدم إمكان رؤية فتحات غدد ليـتر وجيوب مرجانى هو تغطيـة تلك الفتحات بالخيوط الليفية الناشـئة عن الضيق . و ينشأ عن انسـداد تلك الفتحات أكياس قيحية تختلف فى الحجم حسب درجة الالتهاب بها . وتلك الأكياس ليس من الضرورى أن ترى من الداخل بواسـطة المنظار ، بل يصح أن تتسع جهة خارج المجـرى ، وفى هذه الحالة يمكن للطبيب أن يشخصها اذا وضع قضيبا من المعـدن فى المجرى وضـغط على المجرى من الخارج . ففى هـذه الحالة يشعر بالكيس القيحى ، ومن الجائز أن ينفجر بعد تدليكه على القضيب الموجود داخل المجرى . وهذه إحدى طرق علاج تلك الإصابة . وفى حالة ظهور الانتفاخ من داخل المنظار فان الطبيب يرى (إن كان الورم قريبا جدا من سطح المجرى) سطحا لامعا أصفر اللون، كما يرى دملا أوشك على الانفجار من نفســه ، وقد يكون اللون من نفس لون المجرى (إن كان

الورم بعيدا نسبيا عن مجرى البول). وقبل أن أختم وصف ضيق مجرى البول ألفت نظر الطبيب الى النقط الآتية :

(١) فى جميع حالات الضيق تفقد المجرى قدرتها الطبيعية على التمدّد، وتتصلب بحيث يصعب أن تلين كالمجرى الطبيعى .

(٢) يختلف لون الجزء المعرض للضيق حسب قدم الإصابة . ولما كان تغير اللون له علاقة بالأوعية الدموية الجارية فى تلك البقعة، لذلك يمكننا أن نستنبط أنه فى بدء الإصابة بالضيق يحمر الجزء المصاب نتيجة الالتهاب ، وكلما تقادم عهد الإصابة تسدّ الأوعية الدموية بسبب الخيوط الليفية المتكوّنة فتتلاشى الحمرة شيئا فشيئا ، حتى أنه فى الإصابة التى مضى عليها بضع سنوات يظهر الجزء الضيق فى لون أصفر لا أثر للأوعية الدموية فيه .

(٣) إذا عثر الطبيب على بقعة بها ضيق بالمجرى فلا يقنع بوصوله الى كشف هذه الحالة المرضية ، بل عليه أن يتذكر أنه من الجائز وجود بقع أخرى فى أجزاء بالمجرى بها ضيق ، ومن المهم تشخيصها .

(٤) من المهم جدا فحص الجزء الخلفى للضيق ، لأن هذا الجزء يتمدّد بسبب المقاومة الموجودة أمامه عند البول ، ويتهيج هذا الجزء بسبب وجود نقط بولية به عقب البول . لذلك يجوز أن يعثر الطبيب على ورم بابللومى بها .

أنتقل بعد ذلك لوصف الحالات المرضية الأخرى المحتمل وجودها بالمجرى الأمامى .

(ثالثا) التهاب غدد ليتر وجيوب مرجانى دون وجود ضيق —
تصاب غدد ليتر وجيوب مرجانى بالتهاب فى معظم حالات السيلان دون أن يشترط وجود ضيق بها ، وفى هذه الحالات نرى نقطا قيحية أو سائلا لبنى اللون ظاهرا من تلك الفتحات ، وتظهر حوافها بشكل أحمر ملتهب . وجيوب مرجانى تعتبر حصنا منيعا لميكروب السيلان حيث يعيش فى قعرها فى أمن من وصول المحاليل القاتلة له ، وإليها ينسب إطالة مدّة العلاج فى كثير من المرضى .

(رابعــا) التهاب قنوات كوپر — تلتهب قنوات كوپر بسبب إصابة غدد كوپر بالسيلان، ولكنه ليس من السهل تشخيص التهاب تلك القنوات بمنظار مجرى البول، وما لم تكن تلك القنوات ملتهبة التهابا متقدّما لايتيسر للطبيب رؤيتها دون أن يدقق فى الفحص .

(خامسا) خرّاج بمجرى البول — يمكن بسهولة تشخيص حالة خراج داخل المجرى بسبب السيلان لمعرفة ما اذا كان يمكن فتحه من الداخل أو الخارج (Periurethral abscess)، فإذا كان قابلا للفتــح من الداخل نشاهد غشاء خفيفا يكسو طبقة قيحية صفراء اللون ، وان كان متصلا بالخارج يتحتم علينــا البحث عن اتصاله بالداخل لأنه يكوّن فى هذه الحالة ناسورا بوليا .

ويمكن ملاحظة سبب الناسور البولى المتكوّن، هل هو نتيجة خراج سيلانى أو إصابة أخرى . فقــد صادفت حالات غير قليــلة لقروح رخوة (Soft sores) مهملة اتصلت بمجرى البول وكوّنت ناسورا بوليا، وهذا النوع الأخير من النواسير عنيد فى علاجه . ويمكن للطبيب أن يفرّق بين الناسور السيلانى والناسور المتكوّن من القرحة الرخوة بأن يلاحظ فى النوع الأوّل شدّة الالتهاب والاحمرار من داخل المجرى . أما فى القرحة الرخوة فالالتهات والإصابة من الخارج . أما الالتهاب الداخلى فأقل درجة ، وتاريخ الإصابة مهم فى هذه الحالة ، كما أن الفحص البكتريولوجى كفيل بإظهار النتيجة إذا التبس الأمر على الطبيب .

(سادسا) تمزقات فى مجرى البول بسبب اســتعمال الممدّدات — كثيرا ما يكون التمــديد السريع بواسطة ممدّد كولمــان سببا فى حصــول تمزقات فى مجرى البول الأمامى . ويدلنــا على ذلك النزيف الذى يحصــل بعض الأحيان عقب استعمال هذا الممــدّد . ويرى الجزء الممزق فى المجرى بواسطة المنظار فى شكل قطــع غير منتظم فى الغشاء المخــاطى للمجرى . ومن المهم ملاحظته بالمنظار مرات متعدّدة للتأكد من عدم تكوّن طريق خطأ بالمجرى (False passage) .

(سابعا) الأورام المرضية — يصادف أن يرى الطبيب من خلال المنظار أوراما فى المجرى فيقف حائرا فى الابتداء، و بعد تدقيق البحث يتبين له أنها أورام شبيهة بالأورام المتكوّنة فى أجزاء أخرى من الجسم . وأكثر ما نعثر عليه ورم البابللوما (Papilloma) ، وأكثر الأمكنة المناسبة لتكوّنها الجزء البصيلى من المجرى . وهذه الأورام من السهل علاجها من خلال المنظار إما بالكى الكهربائى أو القطع بواسطة سكين المجرى ، ويندر وجود أورام خبيثة (Epithelioma) فى المجرى ، ويمكن تشخيصها من المنظار بواسطة حكها بالمكحت حيث يتبين لنا صلابتها ، كما تظهر علامات السرطان فى أجزاء أخرى مثل البروستاتا والغدد الأوربية .

فحص المجرى الخلفى بواسطة المنظار الخافى لمجرى البول

ملاحظات عامة — يهم الطبيب المعالج أن يفحص المجرى الخلفى بالمنظار فى جميع حالات السيلان المزمن ، لأنه بدون هذا الفحص لا يتوصل لمعرفة موضع الإصابة بالدقة ، وعليه يتوقف نوع العلاج الواجب اتباعه . وكثير من الأطباء لا يهتمون بفحص المجرى الخلفى ، وهذا هو السر فى عدم سرعة شفاء المرضى المصابين بسيلان مزمن .

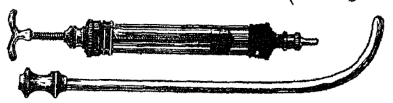
ويلاحظ أنه يستحسن أن يسبق فحص المجرى الخلفى بالمنظار توسيع المجرى مرارا إما بواسطة الموسعات المدرّجة أو بموسع كولمان الخلفى ، لأنه بذلك يسهل فحص الجزء الخلفى بالمنظار دون أن يسبب ذلك ألما للمريض . وتوجد أنواع من المناظير الخلفية ، وأنا أميل لاستعمال المنظار الخلفى لهوبرن (Holborn Posterior urethroscope).

قبل استعمال هذا المنظار بعد تعقيمه يجب أن ينام المريض على ظهره ، وأن يكون قد بال وأصبحت المثانة خالية من البول ، وإذا فرض وكان البول غير صاف فيجب غسل المثانة بمحلول البوريك الدافئ .

يأخذ الطبيب قناة المنظار الخلفى المعقمة بيده اليمنى ، ويدهن نهايتها بجليسرين معقم (وهذا مفضل عن الفازلين أو المراهم لأنه لا يؤثر على منظر المجرى) ، ثم يدخل

الطبيب القناة ببطء وبدون أن يسبب ألما يذكر للمريض؛ ويجب أن تدخل حتى نهايتها حتى نتمكن من رؤية عنق المثانة؛ بعد ذلك يخرج الطبيب المجس الداخلى، ويجفف المجرى الخلفى بساق خشبى أو مسبر معدنى فى نهايته قطعة من القطن المعقم، وتكرر عملية التجفيف حتى نتأكد أن القطعة الأخيره غير مبللة . بعد ذلك نضع موصل الساق الذى توضع فى نهايته المصباح الكهربائى فى نهاية الساق المعدّ لفحص المجرى الأمامى ونوصل التيار .

ويلاحظ أن هذه العملية لاتحتاج عادة الى استعمال بنج موضعى، وفى حالات قليلة يصح حقن المجرى الخلفى بمقدار خمس نقط من محلول نوفوكايين (٢٪) بوساطة (قسطرة الترمان) .



قسطرة الترمان لمجرى البول الخلفى مع حقنة الترمان

يبدأ الطبيب بفحص المجرى الخلفى من أعلى (عنق المثانة) إلى أسفل، ويحرك المنظار بحيث يرى القاع وجوانب المجرى، بل والسطح العلوى لها . وكما ذكرت فى المنظار الأمامى يجب على الطبيب أن يعرف تماما الحالة الطبيعية لمجرى البول الخلفى قبل أن يحكم على وجود حالة مرضية فيه .

المنظر الطبيعى لمجرى البول الخلفى — إن عنق المثانة هى أوّل مايراه الطبيب، وتظهر فى شكل قمع فتحته الواسعة من أسفل، وتظهر طيات من الغشاء المخاطى ممتدّة من أعلى الى أسفل، وإذا سحب الطبيب المنظار قليلا، بحيث لا يزال يرى عنق المثانة، رأى دهليزا من الغشاء المخاطى، وهو ما يسمونه بجوة البروستاتا (Prostatic fossette)، وفى هذه الفجوة تظهر فتحات تسمى الجزء المتوسط من البروستاتا (Middle lobe of prostate)، ولها أهمية من الوجهة المرضية سأشير اليها فيما بعد .

ثم إذا سحب الطبيب المنظار قليلا رأى على الفور جسما بارزا فى المجرى الخلفى، وهو العرف الجبلى (Verumontanum)، ويرى فى وسطه الجيب البروستاتى

(Sinus pocularis) . وفى هـذا الجيب نرى فتحتى القناتين القاذفتين للمنى .
وإذا أدار الطبيب المنظار ، بحيث يرى جانبى المجـرى ، أمكنه أن يرى فتحات صغيرة على جانبى العرف الجبلى ، وهى فتحات قنوات البروستاتا ، ولكى تظهر هذه الفتحات بوضوح يجب ألا يضغط الطبيب بالمنظار على العرف الجبلى بشدّة .

ثم اذا سحب الطبيب المنظار قليلا رأى نهاية العرف الجبلى على شكل نهاية المغزل ، ويظهر الغشاء المخاطى فى هـذه المنطقة أحمر قرمزيا ، وبه طيات من الغشاء تتجه فى اتجاهات مختلفة ، ويخيل الى الطبيب كأن المنظار مثبت فى هذا الجزء من المجرى ، وهو ما نسميه بالجزء الغشائى من مجرى البول . بعد ذلك يجب أن يحتاط الطبيب فى سحب المنظار الى الأمام ، لأنه عند تركه الجزء الغشائى يجوز أن يندفع الى الأمام بسرعة وقد يسبب هـذا نزيفا خفيفا للمريض . وأمام الجـزء الغشائى نرى الجزء البصيلى من المجرى ، وقد سبق أن شرحناه .

الحـالات المرضـية المحتمل وجودها فى المجرى الخلفى كما ترى بالمنظـار ــ يهمنا جدّا أن نفحص المجرى الخلفى جيـدا فى حالات السـيلان المزمن ، فكثيرا مايكون سبب إزمان المريض إصابة أو إصابات فى المجرى الخلفى ، وهـذه يمكن فحصها بمنظار المجرى . والحالات المرضـية المحتمل رؤيتهـا تنحصر فيما يأتى :

(أوّلا) الارتشاح الرخو (Soft infiltration) ــ وهـذا يظهر ــ كما وصفت فى حالة المجرى الأمامى ــ على شكل احمرار واحتقان وانتفاخ فى الغشاء المخاطى ، ممـا يجعله سهل الادماء ، وأكثر ما يكون هذا الالتهاب فى الجزء الغشائى للمجرى (Membranous portion) حيث يصله الالتهاب عن طريق الجزء البصيلى ، أما علامات الالتهاب فى الجـزء البروستاتى فتظهر فى العرف الجبلى فيبـدو محتقنا ومنتفخا ، وقد يكون هـذا الالتهاب سببا فى اختفاء فتحتى القناتين القاذفتين للمنى تحت الغشاء المخاطى الملتهب والمرتفع عن السطح .

أما الجيب البروستاتى (Sinus pocularis) فتظهر فتحته فى الأكثر (Utriculus) متقيحة ، ويظهر منها القيح على شكل أصفر خفيف . أما فتحات البروستاتا على جانبى العرف الجبلى فتظهر على شكل حلقة ملتهبة ذات حافة محدّدة ، وقد يعثر الطبيب فى حالات نادرة على بوليبوس فى المجرى الخلفى مصاحبا الضيق الرخو .

(ثانيا) الارتشاح الصلب (Hard infiltration) — لما كان غشاء المجرى الخلفى بطبيعته غزير التغذية بالأوعية الدموية ، كان من السهل رؤية الضيق الصلب بها ، حيث تظهر البقعة المصابة جافة صفراء ، يتساقط غشاؤها السطحى ، ولا نعثر فى الجزء الغشائى للمجرى (Membranous portion) على الطيات الطبيعية للغشاء . أما فى الجزء البروستاتى فإن العرف الجبلى يظهر متقلصا وجافا وصغير الحجم ، وقد يسبب ذلك ضيقا فى فتحتى القناتين القاذفتين للسائل المنوى مما يسبب للمريض ألما عند قذف السائل المنوى فى أثناء المباشرة الجنسية .

(ثالثا) التهاب فتحات قنوات البروستاتا والحويصلات المنوية — إذا كانت البروستاتا متضخمة وملتهبة ، كما هى العادة فى معظم حالات السيلان المزمن ، فإن فتحات قنوات البروستاتا تظهر من خلال المنظار على شكل ملتهب ، وحافتها محدودة وحمراء ، كما تظهر من بعض هذه الفتحات نقط قيحية ، وقد يحصل انسداد لإحدى هذه الفتحات فيظهر مكانها كيس متقيح .

أما عن الحويصلات المنوية فإن التهابها يظهر فى الشكوة (Utriculus) حيث تنفتح القناتان القاذفتان للسائل المنوى . وقد يظهر فى الفتحة تقيح ، وهذا يشير الى تقيح الحويصلتين . وقد صادفت مريضا يرجع تاريخ إصابته بالسيلان الى مدة عشرين عاما لم يكن يسترعى نظره فيها شىء . وقد حضر الى المستشفى وهو يشكو من العقم . وبفحص الحويصلات المنوية من الشرج تبين أنها ملتهبة ومتضخمة ، وكذلك كانت البروستاتا . وقد فحصت المجرى الخلفى للبول بالمنظار فوجدت ضمورا فى العرف الجبلى (Verumontanum) ، والتهابا مصحوبا بضيق فى الشكوة (Utriculus) . كما كانت فتحتا القناتين القاذفتين للسائل المنوى مسدودتين وملتويتين .

(رابعـا) ضعف وظيفة عضو التناسـل بسبب التهـاب المجرى الخلفى — إذا فحصنا عشرين مريضـا عنينا أو به ضعف فى الانتصاب، وليس لذلك فيما نرى سببا خارجيا ظاهرا، فإننا نعثر فى كل نحو اثنى عشر مريضا منهم على إصابة فى مجرى البول الخلفى، فنجد فى بعض الحالات احتقانا واحمرارا، كما نعثر فى البعض على تضخم العرف الجبلى . وكما نجـد فى فريق منهم بوليبوسا، إما فى العرف الجبلى أو فى بخوة البروستاتا . كما نصادف فى الإصابات المتقدّمة تقلصا وضمورا فى الشكوة وفى فتحتى القناتين القاذفتين للسائل المنوى .

وقد يشكو بعض هؤلاء المرضى من ألم خفيف فى الظهر جهة العجز، أو عدم الانتصاب، أو من سيلان المنى (Spermaturia)، أو من الشعور بألم عنـد قذف المنى . والسبب فى معظم هذه الحالات إصابة قديمة بالسيلان . وقد يكون الاستمناء (كثرة استعمال اليد) أحد هذه الأسـباب، لما يسببه من احتقان البروستاتا والمجرى الخلفى . وسأشرح هذه المظاهر فى باب آخر .

(خامسا) الأورام بالمجرى الخلفى — سبق أن ذكرت أننا نعثر فى كثير من الحالات الملتهبة المصحوبة بالضيق الرخو على بوليبوس فى الجزء البروستاتى من المجرى، فان هذا البوليبوس قد يظهر فى الجزء الغشائى من المجرى . وهذه الأورام أهم الأورام التى يعـثر عليها الطبيب بالمجرى الخلفى، لأن وجودها ربمـا يسبب استمرارا فى الإفراز، قد لا يمكن استئصاله دون علاج من خلال منظار مجرى البول الخلفى، كما قد يسبب ألمـا فى العجان أو ارتخاء فى عضو التناسل .

مضاعفات السيلان فى الرجال وطرق علاجها

بمـا أن الطبيب يهمه من الوجهة العملية ذكر مضاعفات السيلان مرة واحدة مع ذكر طرق علاجها، لذلك لم أحاول تقسيم المضاعفات حسب الإصابة الحادّة أو المزمنة، لأن هذا التقسيم نسبى محض، كما أنه من الجائز أن تكون الإصابة المزمنة سببا فى إصابات حادّة متعدّدة من جديد . لذلك أرى أنه من الأصوب ذكر المضاعفات على هذه الطريقة .

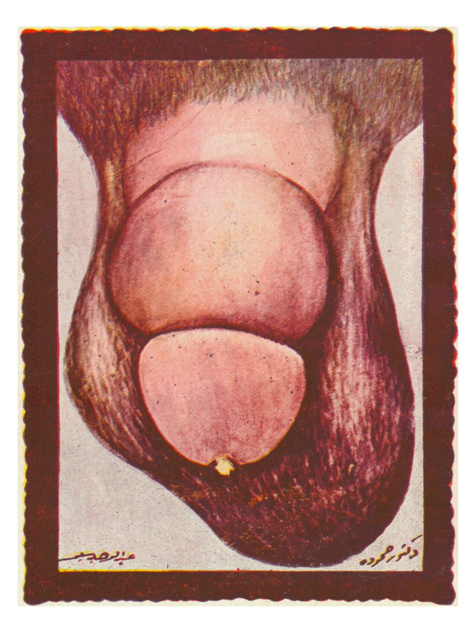
تنقسم المضاعفات الى موضعية وعامة ، فالموضعية تنشأ عن الإصابة الموضعية المباشرة للسيلان ، وأما العامة فهى نتيجة سريان الجونوكوك فى الدم ، وإصابته لمواضع بعيدة عن الإصابة الموضعية مثل أغشية القلب والمفاصل ... الخ .

المضاعفات الموضعية وعلاجها :

(١) ضيق الغلفة واختناقها (Phimosis & paraphymosis) — يقصد بضيق الغلفة التهابها وضيق فتحتها بحيث لا يتيسر شدها الى أعلى الحشفة ، أما اختناق الغلفة فيقصد به انطباقها على الحشفة من أعلى بحيث لا يمكن إرجاع الغلفة بسهولة إلى أسفل لتأخذ وضعها الطبيعى حيث تغطى الحشفة ، ولا يخفى أن هاتين الإصابتين تحصلان للشبان الذين لم يختنوا (Circumcision) ، أما الذين قد ختنوا فى الصغر ، كما هو المعتاد فى بلادنا ، فهاتان المضاعفتان لاتحصلان لهم .

ففى ضيق الغلفة يشكو المريض بألم شديد وتورّم فى الغلفة ، وفى بعض الحالات الشديدة يجد المريض صعوبة فى البول ، وقد لا يتيسر للطبيب فى الحالات الشديدة إجراء الفحص دون أن يستعمل منوّما موضعيا مثل النوفوكايين (٢٪) . ويجب التأكد من أن اختناق الغلفة نتيجة لإصابة سيلانية ، وذلك بفحص الإفراز للتأكد من وجود الجونوكوك ، لأنه كثيرا ما يكون ضيق الغلفة ناشئا عن تورّم شديد بسبب قرحة رخوة مختبئة داخل الغلفة ، أو قرحة زهرية ، أو قرحة أكالة . وعلاج ضيق الغلفة سهل وناجح فى أكثر الحالات ، ويتلخص فى عمل حمامات ساخنة من محلول برمنجنات البوتاسيوم ($\frac{1}{5000}$) يوضع فيها عضو التناسل مدّة نصف ساعة ، مرة كل أربع ساعات . وبعد الانتهاء من الحمام تجفف الغلفة تماما ، ويستعمل مسحوق مجفف مثل مسحوق التالك ليحفظ الغلفة جافة بين فترات الحمامات . وهذا العلاج يستغرق ثلاثة أيام أو أربعة ترجع بعدها الغلفة الى حالتها الطبيعية . ويستحسن بعند رجوعها الى حالتها الطبيعية نصح المريض بالختان (طهارة) حتى لا تتكرر الإصابة فى المستقبل .

(لوحـــة رقـــم ١٤)



سيلانٌ حادّ — اختناق القلفة (Paraphimosis)

أما علاج اختناق الغلفة فأوّل ما يجب عمله هو إرجاع الغلفة الى موضعها الطبيعى حتى يزول الاختناق. وطريقة إرجاعها سهلة وهى فى الأكثر ناجحة ولا تحتاج الى استعمال منوّم موضعى. فيثبت الطبيب الحشفة بيده اليمنى بين السبابة والإبهام، ويثبت بيده اليسرى جسم عضو التناسل من أعلى الغلفة المختنقة، ويضغط على الحشفة بيده اليمنى الى أعلى فى جهة جسم عضو التناسل، ويضغط بيده اليسرى على الغلفة قليلا الى أسفل فتنزلق الحشفة وتغطيها الغلفة . بعد ذلك نضع عضو التناسل فى حمام بوريك ساخن مرة فى كل ست ساعات لمدّة يومين أو ثلاثة، وبعد أن يزول الورم يختن المريض كما قلنا فى الحالة السابقة .



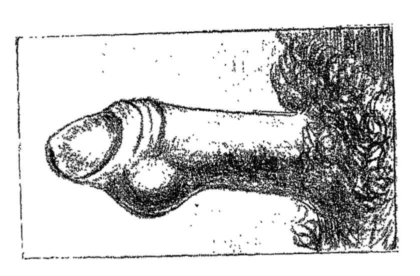
اختناق الغلفة بسبب السيلان (للمؤلف)

(١) خراج حول المجرى (priurethral abscess) — يحتمل أن ينشأ عن سوء استعمال المحاليل المطهرة لغسيل المجرى التهاب فى غدد ليتر، وقد ينشأ عن هذا الالتهاب انسداد فى فتحة القنوات فتتحوّل الى أكياس صغيرة متقيحة، فاذا انتبه الطبيب الى هذه الحالة وعمل لها توسيعا كافيا بواسطة الموسعات المدرّجة،

فان هذه الأكياس تنفتح فى مجرى البول وتصبح قابلة للشفاء . أما إذا أهمل المريض نفسه جهلا منه فإن تلك الأكياس تكبر وتكوّن خراجا ظاهرا قد ينفجر من نفسه فيكوّن ناسورا بوليا بالمجرى ، وهذه أسوأ حالة تنتهى اليها هذه المضاعفة وتحتاج الى علاج جراحى طويل متعب .

لهذا يجب فحص المريض الذى يشكو من وجود أورام حول المجرى ، حتى اذا ماعلمنا أن الإصابة هى التهاب غدد ليتر وانسداد فتحاتها وجب علاجها بالتوسيع مع استعمال غسول للمجرى من محلول إكسسيانور الزئبق ($\frac{1}{4000}$) بعد ذلك نفحص المجرى بالمنظار ، وعند العثور على كيس ملتهب من داخل المجرى يجب عمل فتحة صغيرة فيه من خلال منظار مجرى البول .

أما إذا حضر المريض بعد مضى وقت طويل وبعد أن تكوّن خراج ظاهر من الخارج فيجب عمل فتحة بالطرق الجراحية المعتادة .



خراج سيلانى حول مجرى البول (للؤلف)

(٣) التهاب غدد كوبر — تصاب إحدى غدّتى كوبر بالسيلان كما هى العادة ، ويندر أن تصاب الغدّتان . ويكون سبب هذه المضاعفة عادة استعمال غسول للمجرى غير منتظم من حيث الكمية وطريقة الاستعمال ، ومما يلفت نظر الطبيب الى هذه المضاعفة استمرار ظهور إفراز عند المريض رغم استعماله غسولا

للجرى مدّة طويلة ، وفى بدء الإصابة لا يشكو المريض من ألم عند إصابة هـذه الغدّة، ولكنه قد يشكو بعـد إصابتهـا بمدّة طويلة بثقل فى العجان وألم (غز) . وقد شرحت سابقا طريقة فحص الغـدّة المذكورة . ويعزز الإصـابة ظهور إفراز عند فتحة المجرى عند تدليك تلك الغدّة، وظهور عكارة وخيوط فى الكأس الأولى عنـد البول . وقد تصاب تلك الغدّة ولا يظهر إفراز عنـد تدليكها ، وفى هـذه الحالة تعتبر قناتها مسدودة، ويشعر الطبيب بورم فى حجم البندقة، وفى هذه الإصابة يشكو المريض من ألم وثقل فى العجان .

أما العلاج فيتوقف على أن قناة هذه الغدّة تكون مفتوحة أو مسدودة بسبب التهابهـا ، ففى الحالة الأولى تدلك غدّة كوبر مرارا مع عمل غسول من محلول برمنجنات البوتاسيوم ($\frac{1}{5000}$) أو إكسسيانور الزئبق ($\frac{1}{4000}$) مع عمل توسيع للجرى على أكبر درجة ممكنة، وتشفى هذه الحالة عادة فى مدى شهر أو اثنين من علاجها .

علامة الشفاء — علامة الشفاء فى هذه الحالة هى عدم وجود إفراز فى الصباح على فتحة المجرى، وظهور بول صاف فى الكأس الأولى عند فحص البول فى ثلاث كؤوس .

أما فى حالة انسـداد قناة كوبر فالتدليك والتمديد لا يفيدان فى هـذه الحالة ، واذا كان الالتهاب حادا وظهرت علامات الخراج فى العجان فعلاج هذه الحالة فتح الخراج من العجان بالطرق الجراحية ، أما اذا كان الالتهاب مزمنا وظهر ورم متحجر فى غدّة كوبر فالعلاج الوحيد لها استئصالها جراحيا ، وذلك بعمل شق أفقى فى العجان . وعلامة الشفاء هو عدم شعور المريض بورم أو ألم فى العجان، وظهور بول صاف عند ابتداء البول . ومما يحسن ذكره أن غدّة كوبر إذا تركت ملتهبة مدة طويلة وأهمل علاجها فإنها قد تصاب بالسل (التدرّن) . وإذا رأى الطبيب مريضا نحيل الجسم يشكو من سعال مزمن ، وعنـده إفراز مزمن بسبب التهاب غدّة كوبر، فيستحسن أن يحقن بهذا الإفراز أرانب التجارب (Guinnae pig)، فإذا ظهرت عليها علامات السل فيجب استئصال الغدّة من المريض بأسرع ما يمكن .

وقبل أن أنتقل للبحث فى مضاعفة أخرى أكرر ما سبق ذكره، من أن فحص غدّة كوبر من الأهمية بمكان فى حالة ظهور إفراز يستعصى علاجه، وكثيرا ما يهمل أمر الغدّة المذكورة فى تعقب أسباب إفراز الصباح مع أنها موضع الإصابة فى كثير من هذه الحالات .

(٤) التهاب البروستاتا الحاد — تلتهب البروستاتا عادة عقب إصابة سيلان المجرى ، إما لاهمال المريض علاج نفسه، أو لاستعماله محاليل بكميات غير كافية، أو لاجهاد المريض نفسه ، أو لمباشرته النساء رغم إصابته . وإصابة البروستاتا الحادة نوعان : ففى الأول تتجه الافرازات نحو جيوب البروستاتا وتبقى القنوات مفتوحة، وفى هذا النوع من الالتهاب — وهو الأكثر شيوعا — لا يشعر المريض بألم، ومادام الطبيب لا يفحص البروستاتا من تلقاء نفسه، فلا يجد المريض ما يدعو الى الشكوى منها . أما فى النوع الثانى من الالتهاب الحاد — وهو الأقل شيوعا — تحفظ الافرازات الالتهابية داخل جيوب البروستاتا مع انسداد قنواتها ، فتتجه الافرازات داخل أجزاء البروستاتا وتتكوّن أليافا داخلها ، وتكون نتيجة انحباس تلك الافرازات تكوين خراج حاد داخل البروستاتا، وهذا إن لم يفتح بالطرق الجراحية فإما أن ينفجر من جهة الشرج أو من جهة المجرى البروستاتى . فيشعر المريض بارتفاع فى درجة الحرارة و بانحباس البول .

علاج الحالة الأولى — يعمل للمريض غسول دافئ من محلول الميركيوروكروم ($\frac{1}{2000}$) وتملأ المثانة، ثم يعمل للمريض مع الاحتياط الشديد تدليك خفيف للبروستاتا، ثم يؤمر المريض بأن يبول ليغسل بذلك المحلول الموجود بالمثانة المجرى بعد التدليك . ويؤمر المريض بالجلوس فى حمامات ساخنة قلوية ، وذلك بوضع ملعقتين من بيكربونات الصودا على الماء الساخن، ويعطى للمريض ملين من المزيج الأبيض بمقدار فنجانين فى الصباح ، وننصح المريض بتعاطى كميات وفيرة من السوائل البسيطة مثل ماء الشعير والعرقسوس وعصير القصب، ونطلب منه ملازمة

الفراش حينا حتى يخف الالتهاب، ثم نعطيه حقنة عضلية من فاكسين الجونوكوك (Antigonococcic Vaccine clin) ونكررها مرة فى كل ثالث يوم، ويستمر العلاج مدّة أربعة أسابيع، وتظهر نتيجة العلاج فى عدم ظهور خيوط أو عكارة فى الكأسين الثانية والثالثة عند بول المريض فى ثلاث كؤوس .

علاج الحالة الثانية — يتوقف العلاج على حجم الخرّاج حسب ما يشعر به الطبيب من الشرج ، فإن كان الخرّاج صغير الحجم يكتفى بعمل تدليك للبروستاتا لتتجه بذلك محتوياتها نحو مجرى البول، ثم يعمل غسول عقبها كما فى الحالة السابقة (أى بعد ملء المثانة بمحلول مطهر) . فاذا لم تنجح هذه الطريقة بسبب انسداد قنوات البروستاتا انسدادا كليا يفتح الخرّاج بالطرق الجراحية . أما اذا كان الخرّاج كبير الحجم من الابتداء فعلاجه الوحيد فتحه جراحيا ، ويفتح إما عن طريق الشرج أو من العجان . والطريقة الأخيرة هى الأفضل لأنها تعطى المريض فرصة فتح الخرّاج فتحا كاملا . ويجب استشارة الجرّاح فى هذه الحالة لاتباع الطريقة التى يفضلها .

(٥) التهاب البروستاتا المزمن — يعتبر التهاب البروستاتا المزمن من أهم مضاعفات السيلان، ومن أكثر الحالات تطلبا لعناية الطبيب عناية كاملة ، كما أنها تحتاج لصبر من جهة المريض، لأن علاجها يستغرق أشهرا ؛ ومتوسط المدة اللازمة لشفاء المريض ستة أشهر، وقد يستغرق علاج بعض الحالات المستعصية سنوات حسب قدم الإصابة . ويستدل على الإصابة عادة بظهور إفراز من فتحة المجرى فى الصباح ، وظهور خيوط سيلانية فى الكأسين الثانية والثالثة عند بول المريض فى ثلاث كاسات أو أربع، كما يشعر الطبيب بكبر حجم البروستاتا . ويظهر إفراز تقيحى عند تدليكها . وفى أكثر الأحوال يحتوى إفراز البروستاتا على ميكروب الجونوكوك إذا فحص على شريحة وصبغت بطريقة جرام . وقد يحتاج الأمر الى زرع الإفراز على آجار دموى (Blood Agar) للتأكد من وجود الجونوكوك .

وقبل أن يبدأ الطبيب فى علاج البروستاتا المزمنة يجب عليه أن يفهم المريض ضرورة المواظبة على العلاج حتى يتم شفاؤه، وبهذه المناسبة يجب عليه أن يشرح

للمريض المدة المنتظرة للشفاء، أما أن يترك الطبيب المريض بدون تفهيمه هذه الحقيقة فالنتيجة فى أكثر الأحوال اعتقاد المريض أن حالته مستعصية على العلاج، وهنا يدب اليأس اليه وينقطع عن العلاج . والشعور الموجود عند المرضى المصابين بهذه المضاعفة هو عدم الارتياح لرؤية إفراز البروستاتا عند تدليكها، وظنهم أن هذا الافراز يجب أن ينقطع بعد بضع تدليكات معدودة ، علما بأن المعوّل عليه، هو عدم وجود إفرازات قيحية، وعدم ظهور الجونوكوك . أما مجرّد ظهور سائل والحكم عليه من الظاهر فلا يدلنا على شيء قطعا وقد يستمر ظهوره الى ما بعد الشفاء .

العلاج — نوعان : عام وموضعى . فالعلاج العام يتلخص فى إعطاء المريض مواد مطهرة للبول من الفم مثل اليروتروبين أو الهلميتول وزرقة الميثيلين كما فى الوصفة الآتية :

هلميتــول ٠٫٤٠ جرام	يعمل برشامة	وتوصف عشرون برشامة .
زرقة الميثيلين ٠٫١٠ «		

وتؤخذ واحدة عقب الطعام ثلاث مرات فى اليوم .

كما نعطى المريض فى ابتداء العلاج حقنا من التريبافلافين أو الجونوكيور فى الوريد بنسبة (٢٪) بمقدار (٥ سم٣) حقنة فى كل ثالث يوم . ويكتفى بخمس عشرة حقنة عادة، واذا كان إفراز البروستاتا شديدا وتوجد به كميات كبيرة من الكرات القيحية فيستحسن عمل فاكسين ذاتى (Autogenous Vaccine) من إفراز البروستاتا، ويعطى المريض حقنا بمقدار صغير فى الابتداء، ثم نتدرّج حتى يحصل للمريض رعشة أو ارتفاع فى الحرارة أو يشعر بخمود ، وفى هذه الحالة توقف زيادة الحقن التالية . ويجب أن يعطى المريض عددا كبيرا من الحقن من الفاكسين الذاتى قبل أن تظهر فائدة هذا العلاج . وقد جربت الفاكسين الذاتى فى حالات كثيرة من التهاب البروستاتا المزمن فظهرت مزاياه فى التغلب على الميكروبات المصاحبة للجونوكوك ، مثل باشلس القولون والميكروب العنقودى والنيوموكوك والباشلس المشابهة للدفتريا (Diphtheroids) .

العلاج الموضعى :

(أولا) قبل أن يفكر الطبيب فى عمل أى علاج موضعى يجب عليه أن يعمل تدليكا للبروستاتا من الشرج ، ثم يأخذ الافراز على شريحة من الزجاج (وهذا بعد عمل غسيل لمجرى البول بمحلول إكسسيانور الزئبق ($\frac{1}{4000}$) ليستدل منها قبل العلاج على حالة البروستاتا من حيث الكرات القيحية والميكروبات الموجودة والخلايا البشرية المخاطية (Epithelial cells) للبروستاتا ، وعليه أن يلاحظ النسبة بين الكرات القيحية والخلايا الغشائية ، وهل هناك جونوكوك ؟ وأنواع من الميكروبات المصاحبة أم لا ، وبعد أن يأخذ تقريرا مسهبا عن حالة البروستاتا من الوجهة البكتريولوجية يبدأ بالعلاج الموضعى .

وأهم مرحلة فى العلاج الموضعى هو عمل تدليك للبروستاتا من الشرج مرتين فى الأسبوع ، ويكون مجموع المرات فى دورة العلاج ما بين اثنتى عشرة الى خمس عشرة ، ويلاحظ فى التدليك أن يكون كاملا ، بمعنى أن السبابة يجب أن تضغط جيدا على أجزاء البروستاتا ، بشرط ألا يحدث ذلك ألما للمريض . وفائدة التدليك إخراج المواد القيحية الموجودة بالإفراز ، كما أنه ينشط الدورة الدموية للبروستاتا ، وهذا مما يجعلها تتغلب على الميكروبات الموجودة فيها . ويلاحظ عمل غسيل لمجرى البول بعد التدليك بمحلول برمنجنات البوتاسيوم ($\frac{1}{5000}$) حتى لاتصاب المجرى بافراز البروستاتا .

واذا لاحظ الطبيب أن المريض يتألم لأقل ضغط على البروستاتا بسبب التهابها فعليه أن يصف له لبوسا شرجيا يحتوى على إحدى عناصر البلادونا على النحو الآتى :

سلفات الأتروبين	...	٠,٠٠١ جرام
أكتيول	... ...	٠,٣ »
زبدة الكوكا	... ...	كمية كافية لعمل لبوس

ويؤمر المريض بالجلوس فى حمامات من الماء الساخن ليخفف من شدة التهاب البروستاتا ، وبأن يتجنب الجلوس فى الخلوات الرطبة ، وأن يعمل حقنا شرجية

مرة كل يومين كما يؤمر . وفى العادة يشعر المريض بتحسن ظاهر ويخف الالتهاب . وبعد الانتهاء من العلاج يجب أن يكرر فحص إفراز البروستاتا للمقارنة بين حالتيها قبل العلاج وبعده .

علامة التحسن — تظهر فى قلة الكرات القيحية الموجودة، كما تقل نسبة الميكروبات المصاحبة . ويلاحظ وجوب قلة نسبة الكرات القيحية الى الخلايا البشرية المخاطية، فان كانت النسبة قبل العلاج (٥ : ١) فيجب فى حالة التحسن أن تقل النسبة الى (٤ : ١) أو (٣ : ١) ، وفى حالة الشفاء تكون النسبة نحو (٢ : ٣)، بمعنى أنه يجب أن تكون الكرات القيحية أقل من عدد الخلايا البشرية المخاطية . ويجب أن يلاحظ الطبيب أن زوال الجونوكوك وحده مع وجود الكرات القيحية بنسبة عالية ، أو مع وجود الميكروبات المصاحبة بكثرة لا يدل على تقدّم الحالة تقدّما محسوسا . وليكن ميزان عمله قلة الميكروبات المصاحبة مع عدم زيادة الكرات القيحية فى كل منظر مجهرى من الشريحة الزجاجية الجارى فحصها عن واحدة أو اثنتين .

(ثانيا) بعد أن يقل عدد الكرات القيحية بالعلاج السابق يجب توسيع المجرى الخلفى، حتى يتيسر فتح قنوات البروستاتا وإخراج محتوياتها . وسوف أصف هنا الطريقة التى أستعملها لهذا والتى حصلت بها على نتائج حسنة .

اغسل للمريض مجرى البول بأحد المطهرات كما ذكرت سابقا ، واطلب منه أن يستلق على ظهره على وسادة الفحص الموجودة (بالعيادة)، وأن يثنى ركبتيه . بعد ذلك أدخل باحتياط فى مجرى البول موسع كولمان الخلفى (وسأشرحه فيما بعد) وأجرى تمديدا بطيئا مبتدئا بدرجة (٢٢) وعند ما يبدأ المريض بالشعور بالألم أطلب منه أن ينام على جنبه باحتياط حتى لايحدث الموسع تمزيقا بالمجرى ، وفى الوقت نفسه، والموسع لا يزال موجودا فى المجرى، اعمل تدليكا شرجيا للبروستاتا، ثم اطلب من المريض أن ينام على ظهره ثانية وأجرى غسولا للمجرى من خلال موسع كولمان . وقد اعتدت تكرار هذا مرة كل أربعة أيام . فاذا تكرر هذا نحو عشر مرات بعد

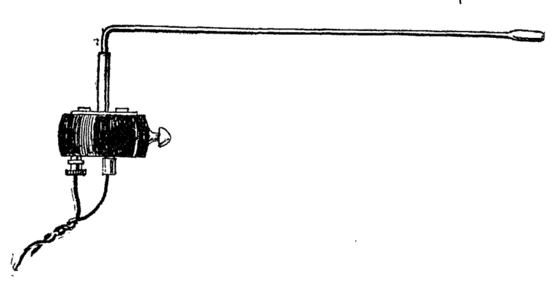
التدليك الأول العادى فان البروستاتا تتحسن ، كما يظهر ذلك فى قلة الكرات القيحية الموجودة فى إفراز البروستاتا ، بعد هذا النوع من العلاج . وفى الأكثر اذا كان ميكروب الجونوكوك موجودا قبل العلاج المذكور فإنه عادة يتلاشى بعد هذا العلاج .

(ثالثا) العلاج بوساطة منظار مجرى البول الخلفى — إن فحص المجرى البروستاتى فى خلال علاج التهاب البروستاتا المزمن له أهمية كبرى من حيث الحكم على نتيجة العلاج السابق ، كما أن له تأثيرا مباشرا من حيث العلاج من خلال المنظار ، إذ من الممكن معرفة ما إذا كانت فتحات البروستاتا بالمجرى مفتوحة أو مسدودة لا يخرج منها الإفراز بعد التدليك . وفى هذه الحالة يمكن عمل شق صناعى فيها يساعد على إخراج الإفراز . وقد لاحظت فى حالات مزمنة أن سبب عدم شفاء البروستاتا ، رغم العلاج المستمر مدّة طويلة ، هو فى الغالب انسداد قنوات البروستاتا بسبب الألياف الممتدة داخلها ، فتحوّلها إلى حالة تشبه تماما "سروز الكبد" (Cirrhosis of liver) .

وهذه هى الحالات التى يتردّد فيها المرضى على عدّة أطباء ، ويشكو المريض للطبيب من وجود خيوط وعكر فى البول . وخير علاج لهذه الحالات عمل فتحات صناعية فى البروستاتا (العرف الجبلى) بالكى الكهربائى ، وذلك بإيصال جهاز الكى بتيار قوته نحو (٥ فولت) ، وعمل كىّ من خلال المنظار الخلفى فى العرف الجبلى فى ثلاث نقط . ويلاحظ أن تكون كل فتحة من هذه الفتحات الثلاث كافية لمرور الإفرازات منها . ولا داعى لاستعمال بنج فى هذه الحالة ، كما يجب أن تعمل هذه الفتحات بعناية ودقة ، وأن يتأكد الطبيب من المكان المطلوب كيه ، حتى لا يتسبب فى عمل فتحات فى مجرى البول من جهة أخرى ، مما يسبب ناسورا بوليا . والشكل الآتى يبين جهاز الكى المستعمل :

(رابعا) الدياترمى — انتشر أخيرا استعمال الدياترمى فى المجارى البولية التناسلية ، ووصل الأطباء إلى نتائج متفاوتة ، ولا زالوا فى ميدان التجربة ، من حيث فائدة استعمالها فى حالات دون أخرى . وأكتفى الآن بالإشارة إلى استعمال الدياترمى

فى التهاب البروستاتا ، تاركا الشرح الوافى للأجهزة ورسمها إلى بحث موضوع الدياترمى فى نهاية القسم الثانى .



جهاز الكى الذى يتصل بجهاز الدياترمى ويستعمل من خلال منظار المجرى

استعملت طريقتان لعلاج التهاب البروستاتا بالدياترمى : الأولى الطريقة الخلفية . والثانية الطريقة الأمامية . والسبب فى استعمال الطريقتين أن طريقة الدياترمى الخلفية تنحصر فائدتها فى الجزء الخلفى لمجرى البول ، وهو الجزء الذى يستعمل له الطبيب التدليك الشرجى . أما طريقة الدياترمى الأمامية فيمكن أن تؤثر على الجزء الواقع فى مجرى البول وخاصة العرف الجبلى . أما مبدأ استعمال الدياترمى فى كلتا الحالتين فهو أن الدياترمى تولد حرارة مستمرة وتخترق الأغشية لدرجة ما ؛ ويمكن أن تنظم بحيث تتفق مع درجة تحمل المريض دون أن تكون سببا فى إحداث حروق . وهذه الطريقة العلاجية متفقة نظريا مع الغرض المطلوب ، وهو شفاء البروستاتا من التهابها . أما من الوجهة العملية فإنها تفيد فى حالات كثيرة هامة ، ولكنها لا تؤثر كثيرا فى حالات قليلة أخرى .

وتسبب الدياترمى انتعاشا للدورة الدموية للبروستاتا ، مما يساعد كثيرا على امتصاص الإفرازات الالتهابية ، كما أنها تمتاز عن استعمال الماء الساخن فى أن حرارة الدياترمى مستمرة ومخترقة الأغشية لدرجة ما . ويستعمل بعض الأطباء بدلا منها تيارات ساخنة

تمر على البروستاتا بوساطة (قسطرة) خاصة ، ولكن هذا كله لا يضاهى فائدة الدياترمى ، لأن التيارات الساخنة لا تؤثر إلا على السطح الذى تمر عليه ، بخلاف الدياترمى فإنها تؤثر إلى عمق بضعة ملليمترات من السطح المعالج . و يمكننى من تجاربى العديدة التى نشأت من رغبتى فى تعرف مدى فائدة الدياترمى منذ بضع سنوات أن أصرح أنه فى حالات كثيرة زال تضخم البروستاتا الالتهابى ، كما أن المريض شعر براحة تامة .

وطريقة الاستعمال : هى أن يلف الطبيب حول الجزء الأسفل من بطن المريض حزاما من الزنك يعتبر القطب السالب ، و يوصل إليه القطب السالبى من الدياترمى بوساطة سلك مغطى بالكاوتشوك . أما القضيب الموجب فيوصل بالجهاز الشرجى للبروستاتا ، حيث يدخل فى الشرج بوساطة قطعة من الفازلين .

ومدّة استعمال الدياترمى الخلفية من (١٥ دقيقة) إلى (٢٥ دقيقة) ، على أن يستعمل المريض جلستين فى الأسبوع . و يكفى المريض عادة من خمس عشرة جلسه إلى عشرين لإتمام العلاج . أما جهاز الدياترمى للبروستاتا من الأمام ، فهو عبارة عن قضيب من المعدن أجوف فى شكل (قسطرة) وبنهايتها خروق صغيرة .

وطريقة الاستعمال : يعقم الجهاز بغليه كبقية الآلات المستعملة ، ثم يدخل فى مجرى البول بعد دهنه بفازلين معقم . ويجب أن تكون نهايته متجهة إلى الأمام حتى يدخل الجزء البروستاتى من المجرى ، ويتصل الجزء العلوى بالقطب الموجب للدياترمى ، ويكون القطب السابى فى شكل قطعة من الزنك تلف حول القضيب . وبعد أن يدار الجهاز يمكن وضع محاليل مطهرة من فتحته العليا فتخرج من الفتحات التى فى نهاية (القسطرة) وتدخل فتحات البروستاتا ، و يكفى أن يدار الجهاز مدة عشر دقائق أو ربع ساعة فى هذه الحالة ، ويكفى عادة استعمال من (١ — ١½ أمبير) ، أما فى حالة الشرج فيستعمل من (٣ — ٤ أمبير) ، كما يرى على العداد الموجود بالجهاز . وقد وجدت فائدة خاصة من استعمال هذه الطريقة فى حالات التهاب الجزء البروستاتى من المجرى واحمراره . فإن الحرارة ومحاليل المركبات الفضية تساعد على زوال أعراض الالتهاب . ومنظار مجرى البول الخلفى يبين ذلك واضحا قبل العلاج

بالدياترمى و بعـده . وهنا أكتفى بالاشارة إلى ذلك على أن أشرح باسهاب كل مايتعلق بالدياترمى فى باب خاص لما له من الأهمية العملية فى السنوات الأخيرة .

(سادسا) التهاب البربخ (Epididymitis) — يصاب البربخ بالالتهاب السيلانى بعد الأسابيع الأولى من عدوى المجرى بالسيلان، ويلتهب البربخ ويظهر بشكل ورم بالصفن ويسبب ألما شديدا للمريض، وربما لا يتحمل اللمس الشديد عليه. ولما كان ميكروب السيلان لايسبب قيحا عادة فإن هذا الالتهاب لايكون مصحوبا بقيح إلا إذا اشتركت ميكروبات أخرى مثل الاستافيلوكوك فى الإصابة . والإصابة تكون فى جهـة واحدة عادة، ولكن من الجائز إصابة الجهتين . ولما كان التهاب البربخ ربما يسبب انسدادا فى القنوات الصغيرة المتصلة بالخصية، فانه من الجائز فى حالة إصابة البربخين أن يصبح المريض عقيما — والتهاب البربخ يسبب ارتفاع حرارة المريض. ومما يجدر ملاحظته أن الإفراز المعتاد ظهوره من مجرى البول يختفى فى فترة ارتفاع الحرارة المصاحبة لالتهاب الخصـية . ولا ندرى إن كان السبب فى وقوف



التهاب البربخ السيلانى يلاحظ فيه تورّم الخصية
(للمـــؤلف)

الافراز هروب الجونوكوك الى البربخ أو مجرّد ارتفاع الحرارة . على أنه من الملاحظ فى كثير من الحميات العادية وقوف إفراز مجرى البول أثناء ارتفاع الحرارة إذا كانت أعلى من درجة (٤٠ سنتيجراد) . وقد حضر إلىّ مريض مصاب بسيلان حاد بمجرى البول مع ظهور إفراز قيحى شديد من فتحة البول، وقد أصيب بعد حضوره للعلاج بيوم واحد بانفلونزا شديدة، ارتفعت حرارته فيها الى (٤١°) مدّة خمسة أيام، فوقف الإفراز تماما من ثانى يوم ولم يحتج المريض لعلاج السيلان من وقتها ، وقد فحصته بعدها فلم أجد أثرا للسيلان عنده . على هذه النظرية يستعمل الأطباء حقنا ترفع درجة الحرارة ، مثل حقن اللبن والكازين باترين والجونو باترين ، غير أن فائدة هذا النوع الطبى من العلاج محدودة، لأن الحرارة الناشئة تمكث بضع ساعات لا غير فضلا عن أن الحقنة تسبب قشعريرة ومضايقة للمريض بحيث لا يمكنه أن يتحمل كثيرا منها .

علاج التهاب البربخ :

يهم المريض فى هذه الإصابة أن يتخلص من ألم الخصية، لذلك يجب أن يوجه الطبيب عنايته أوّلا لذلك . فاذا حضر المريض للطبيب فعليه أن يأمره بالنوم على ظهره، وأن يرفع الصفن عن سطح الفخذين إما بلوح من الخشب أو وسادة صغيرة . وفى حالة الإصابة الحادة يعمل للمريض مكمدات باردة على الصفن بلفائف من القماش توضع فى إناء به كمية من الثلج، ويجب تغييرها باستمرار ووضعها فى الماء البارد، ويستمر عمل هذه المكمدات مدة يومين أو ثلاثة، تستبدل بعدها بمكمدات ساخنة توضع على الخصية . وليلاحظ الطبيب أن المكمدات الباردة يجب أن تسبق الساخنة ، وأن وضع المكمدات الساخنة قبل الباردة لا تريح المريض عادة . ويأمر الطبيب المريض بأخذ مسهل لأن ذلك يقلل من شدّة الالتهاب، ويعطيه كمية من القلويات على الطريقة الآتية :

سلسيلات الصودا	١ جرام	فى ورقة ثلاث مرات فى اليوم.
سترات البوتاسيوم	٢ «	

ويصف بعض الأطباء محلول (تحت خلات الرصاص) لعمل مكمدات باردة على الخصية، ولكن الأفضل مكمدات الماء البارد. واستعمال الدهان الآتى للخصية بعد عمل المكمدات الباردة له فائدة كبيرة :

مرهم أكتيول ... ... ٤٠ جراما
مرهم بلاوونا... ... ... ٢٠ «

وقد يكون الألم شديدا حتى أنه يحرم المريض من النوم فيضعف من قوة مناعته للمرض . وفى هذه الحالة يوصف للمريض جرعة من الوصفة الآتية فيعطى فنجانا منها فى المساء .

هيدرات الكلورال ... ... ١ جرام
برومور البوتاسيوم... ... ... ١ «
شراب البرتقال ... ... ٢ «
ماء إلى ... ... ٣٠ «

وفى حالات نادرة يضطر الطبيب إلى حقن المريض مرة أو اثنين بحقن المورفين بمقدار سنتيجرام واحد .

وقد جربت فى بضع حالات حقن البربخ بحقن الكترارجول بمقدار (١ سم٣) وكذلك بمحلول الفضة الغروية (١ ./.) بمقدار ١ سم٣ فوصلت إلى نتائج لا بأس بها، من حيث تقصير مدّة التهاب البربخ . وذكر بعض الأطباء أنه عمل فتحا بالمشرط فى جسم البربخ فقلل ذلك من الضغط المسبب للألم . ولكنى لم أحاول عمل هذه الطريقة. كما حاول بعض الجراحين فى هذه الحالة فتح قناة الحبل المنوى (Vas deferens) وحقن البربخ بالمركبات الفضية من خلالها . ولكنى لا أرى داعيا لهذا كله مع تيسر النجاح بالطرق الطبية الأخرى .

ويصح أن يعطى المريض حقنا من فاكسين الجونوكوك فى هذه الحالة، مثل (٢٠٠ مليون) أو (٥٠٠ مليون) بمقدار حقنة كل ثانى يوم ليمنع تقدّم المرض فى مدّة التهاب البربخ. ومما هو جدير بالذكر عدم جواز عمل أى غسيل للمجرى فى هذه الحالة،

بل ينتظر ريثما يزول التهاب البربخ . وكذا تستعمل حقن كمبليجون (Compligon) (١ سم٣) حقن فى العضل كل ثلاثة أيام .

الدياترمى فى علاج التهاب البربخ

طريقة الاستعمال : توضع قطعة من الزنك مربعة الشكل تحت الصفن وأخرى مقابل البربخ، وتوصل الأولى بالقطب السالب للدياترمى ، والأخرى بالقطب الإيجابى ، وتدار الآلة بمعدّل (١½ أمبير) تقريبا ويلاحظ الدرجة التى يتحمل فيها المريض أكبر درجة حرارة ممكنة ويستمر إدارة الجهاز مدّة ربع ساعة ، وتتكرر العملية مرة فى كل يوم مدّة أربعة أيام أو خمسة ، فيخف الورم ويتلاشى الالتهاب ، وهذه الطريقة من العلاج مفيدة جدا ومدهشة فى نتائجها فى حالات الالتهاب الحاد ، لأن الحرارة التى تصل إلى البربخ حرارة مخترقة ، فتساعد على سرعة زوال الالتهاب من الداخل .

(سابعا) التهاب الحويصلات المنوية — تصاب الحويصلتان المنويتان أو إحداهما بالالتهاب السيلانى ، دون أن يتنبه المريض إلى عوارض خاصة . فعلى الطبيب أن يشك فى التهاب الحويصلة اذا شكا المريض — المصاب بسيلان المجرى الخلفى — من كثرة التبوّل مع الألم فى النهاية . وفى الالتهاب الحويصلى الحاد تظهر فى نهاية البول نقط دموية . وقد يشكو المريض من إفراز قليل فى الصباح . ومن علامات التهاب الحويصلات المنوية : الألم عند الانتصاب ، ووجود منى دموى ، وعند التبرز يشعر المريض بألم شديد شبيه بالمغص الكلوى ، وهذا يعزى عادة الى انسداد الحبل المنوى (Vas Deferens) بسبب الإفرازات الالتهابية أو بسبب وصول الالتهاب الى البريتون بطريق الحبل المنوى . ولكى يتأكد الطبيب من التهاب الحويصلتين يضغط عليهما بالأصبع من خلال الشرج ، حيث يوجدان جهة الجزء الأعلى للبروستاتا ، فيشعر بأنهما منتفختان وملتهبتان ، ويتألم المريض من الضغط الشديد عليهما . ويمكن فحص إفرازهما للتأكد من وجود الجونوكوك بهما . ومن أهم علامات التهاب الحويصلتين فحص البول فى أربع كؤوس ، بعد أن يغسل مجرى البول الأمامى والخلفى بغسول مطهر مثل محلول

برمنجنات البوتاسيوم ($\frac{١}{٤٠٠٠}$) . ففى حالة التهاب الحويصلتين يكون البــول عكرا فى الكؤوس الأربع .

العـــلاج ــ يتوقف العــلاج على نوع التهــاب الحويصلة إذا كان حادا أو مزمنا . ففى الدور الحادّ يكون علاجها شبيها بعلاج التهــاب البروستاتا الحادّ ، فيتعاطى المريض مواد قلوية مــدرّة للبول ، مثــل سترات البوتاسيوم وسلسلات الصوديوم ، ويجلس فى حمامات ماء ساخن ، ويعطى مسهلا . وإذا كان البــول ينتهى بنقط دموية فيستحسن أن يؤمر المريض بملازمة الفراش مدّة (٤٨ ساعة) ، ويعمــل له بعدها غســيل خفيف لمجرى البــول بمحــلول الميركيوروكروم ($\frac{١}{٢٠٠٠}$) أو باكسسيانور الزئبق ($\frac{١}{٤٠٠٠}$) . واذا شكا المريض من شدّة الألم فيمكن حقنه بحقنة مورفين تحت الجلد مقدارها سنتيجرام واحد .

أما فى الحالات تحت الحادة والمزمنة ، فأهم نقطة فى العلاج عمل تدليك جيد للحويصلات بعد ملء المثانة بمحلول مطهر مثل برمنجنات البوتاسيوم . وبعد التدليك يتبوّل المريض المحلول فيكون بمثابة غسول للإفرازات الناتجة عن التدليك . ويجب أن يعمل هــذا التدليك مرتين فى الأسبوع ، على أن يســتمر حتى يكون البــول فى الكؤوس الأربع صافيا . فاذا وصل الطبيب الى هــذه النقطة وجب عليه أن يستعمل بعــد ذلك ممدّدا لمجرى البول نوع بنيكى (Benique)) وسأشرحه فيما بعد) وتستعمل أكبر (نمرة) يسمح مجرى البول بمرورها . والغرض من استعمال الممدّد فتح القناتين القاذفتين للمنى ، لإخراج ما يمكث بها من إفرازات ، وبعدها يغسل المجرى بالمطهر . فإذا استمرّ العلاج مدّة أربعة أسابيع واستعمل تمديد المجرى فى الأسبوع مرتين وتدليك الحويصلة مرتين ، فان التهاب الحويصلة يتلاشى عادة ويشــفى المريض . وعلامة الشفاء عدم شعور المريض بألم عند تدليك الحويصلات المنوية ، وعدم وجود الجونوكوك والكرات القيحية أو الدموية عند تحليل إفرازها ، وكذلك عدم وجود صلابة أو تضخم فى أجزاء الحويصلات ، واذا بال المريض فى الكؤوس الأربع فان بوله يكون خاليا من العكــر أو الدم فيهــا جميعا . غير أنه يصادف

الطبيب حالات مزمنة لا يكفيها العلاج السابق ، وقد تخدع الحال الطبيب بسبب بول المريض الصافى مع وجود العلامات الاكلينيكية من تضخم وألم بالحويصلات ، فهذه الحالات يكون فيها فى الأكثر انسداد فى إحدى القناتين القاذفتين للمنى . وفى هذه الحالات يجب أن يفحص الطبيب بالمنظار الخلفى لمجرى البول حالة فتحتى القناتين القاذفتين للمنى . ويمكنه من خلال المنظار أن يمرر مسبرا فى الفتحة للتأكد من عدم انسدادها ، كما يمكن بواسطة أنبوبة رفيعة حقن القناتين القاذفتين للمنى بمحلول فضى ، مثل الكترارجول بمقدار (½ سم³) ، وبهذه الطريقة تحسن فعلا بل تشفى بعض حالات التهاب الحويصلتين المزمن .

غير أنه بالرغم من ذلك توجد حالات تقيح مزمن بالحويصلات تحتاج إلى عمل إجراءات جراحيــة تحتاج لجراح إخصائى فى المجــارى البولية التناسلية . ومن هذه العمليات عمل شــق فى الحبل المنوى (Vasotomy) الذى يجب أن يثبت بالسطح الجلدى للصفن ويمر من فتحته إلى جهة الحويصلة أنبوبة رفيعة يحقن الطبيب من خلالهــا مقدار سنتيمتر واحد من محلول الالكترارجول أو محلول نترات الفضــة (½ ٪) . وتكرر الحقنة ثلاث مرات فى مدّة أسبوع واحد فقط على الأكثر . ويلاحظ أنـــ هــذه العملية التى تحتاج إلى دقة فى عملها يضطر إليهــا الطبيب فى علاج الحالتين الآتيتين :

(أولا) حالة عدم وجود حيوانات منوية فى الســائل المنوى مع عدم وجود مرض ظاهر بالبربخ أو الخصية ، فضغط المحــلول من خلال الحبل المنوى ربمــا يتغلب على انسداد كان السبب فى عدم وجود هذه الحيوانات .

(ثانيــا) حالات التقيــح المزمن بالحويصلتين الذى يســبب عوارض آلام متصلبة أو مضاعفات فى تامور القلب ، على أن الحالة الأخيرة ربمــا احتاجت الى أكثر من ذلك ، وذلك بإزالة الحويصلة (Vesiculotomy) تفاديا للخطر الذى يعرض له المريض من التسمم بسببها ، وهذه يمكن عملها إما عن طريقة الأوربية (Inguinal Region) أو عن طريق العجان ، ولا داعى لشرح تفاصيلها هنــا ،

إذ يمكن الاطلاع على ذلك فى كتب الجراحة، ويكفينا أن نذكر أن هذه العملية آخر سلاح يلجأ إليه الطبيب للتخلص من شر الحويصلة .

وقبل أن أختم علاج التهاب الحويصلة أشير إلى فائدة الدياترمى فى سرعة شفاء حالات التهاب الحويصلة المنوية فى الأدوار المختلفة، لأن السخونة المتكونة تساعد على تنشيط الدورة الدموية بالحويصلتين، كما تساعد على إخراج الإفرازات التى بها عند تدليكها ، ويستعمل نفس القطب الايجابى المستعمل فى حالات التهاب البروستاتا . ولما كانت البروستاتا فى معظم حالات التهاب الحويصلتين تظهر ملتهبة ومتضخمة ، فان استعمال الدياترمى فى هذه الحالة يرمى الى فائدتين مزدوجتين . وإنى أعتقد أن استعمال الدياترمى لهذا الغرض سيقلل كثيرا من الحالات المزمنة المستعصية التى كانت تحتاج الى علاج متعب طويل .

(ثامنا) التهاب المثانة السيلانى — تصاب المثانة بالتهاب سيلانى فى ظرف شهر من الإصابة بسبب سوء غسل مجرى البول، أو بسبب إدخال آلات فى المجرى فى غير وقتها . كما قد تتسبب الإصابة عن الإجهاد الجسمانى للمريض فى دور العلاج . ويلاحظ أنه ليس من الضرورى أن يكون الميكروب المسبب لالتهاب المثانة هو الجونوكوك ، فقد تكون الميكروبات المصاحبة سببا فى إصابة المثانة مثل باشلس القولون (B. Coli) والميكروب العنقودى والنيوموكوك .

وعوارض المرض التى يشكو منها المصاب هى كثرة البول مع الشعور بثقل، كما يشعر المريض المصاب بالدوسنطاريا ، حيث يميل المريض المصاب للبول كل بضع دقائق، ولا يبول سوى نقط ضئيلة يشعر فى نهاية كل منها برغبة جديدة فى البول، ويشعر كذلك بألم فوق العانة وفى العجان وحول الصفن . وتزداد هذه العوارض شدّة عند نهاية البول . ويبول المريض بولا عكرا، وربما كان البول مصحوبا بنقط دموية فى النهاية . ويلاحظ الطبيب أن هذه الحالة قابلة للشفاء السريع ، ولكنها كذلك قابلة للعودة مرارا، وربما كان تعرّض المريض لتيار بارد سببا مهيئا لبدء إصابة جديدة . لذلك كان من الضرورى علاج الإصابة الأصلية بمجرى البول حتى

لايتعرّض المريض لتكرار التهاب المثانة ، كما أنه يجب علينا أن نلاحظ أنه فى حالات التهاب المثانة المزمن الذى لا يتأثر بالعلاج الطبي بسرعة قد يحتمل وجود إصابة درنية فى المثانة ، وهذه يمكن معرفتها بإدارة نموذج من البول فى الطاحونة المرسبة سنترفيوج (Centrifuge) وحقن الراسب فى أرانب التجارب (فى البريتون) ، فإذا ظهرت عليها عوارض التدرّن البريتونى بعد ثلاثة أسابيع أو أربعة دل ذلك على إصابة المثانة بالدرن .

العلاج — اذا ظهرت على المريض علامات الإصابة الحادة فعلى الطبيب أن يأمره بملازمة الفراش ويأمره بوضع زجاجات من الماء الساخن فى أسفل البطن وفى العجان حتى يسكن الألم بسرعة ، فاذا استمر الألم فعليه أن يحقن المريض بحقنة من المورفين والأتروبين بمقدار سنتجرام واحد من الأول ونصف ملليجرام من الثانى فيشعر المريض براحة عقبها .

ويصف الطبيب للمريض دواء مسكنا ومطهرا للبول على النحو الآتى :

صبغة البنج ١,٥ سم٣	مقدار جرعة واحدة ، ويعمل منها
« البوكو... ... ... ٢,٠ سم٣	عشرون جرعة ، ويعطى المريض
جاوات الصودا ... ... ٠,٣ من الجرامات	فنجانا بعد الأكل ثلاث مرات
منقوع أوفا أرسى (uva ursi) لغاية ٣٠,٠ سم٣	فى اليوم .

كما يصح وصف البرشامة الآتية :

جرام	
هلميتول ... ٠,٤	مقدار برشامة واحدة ، ويعمل منها عشرون برشامة ،
زرقة الميتلين ... ٠,١٠	ويعطى المريض واحدة بعد الأكل ثلاث مرات فى اليوم .

كما يوصف للمريض فى أواخر الإصابة الحادة أحد مركبات زيت الصندل مثل يومكتين (Eumectine) أو سنتال مونال (Santal Monal) أو أريول أو جونوزون (Gonoson) فهو يفيد كثيرا ، ويأخذ المريض منها من أربع حبات الى ثمان فى اليوم بعد الطعام ، وبعد زوال شدّة الإصابة

الحادة لابد للطبيب من عمل علاج موضعى ضد إصابة السيلان حتى يشفى المريض . وأهم ما يجب عمله علاج الغدد المتصلة بالجزء الخلفى لمجرى البول مثل البروستاتا والحويصلات ، وحقن الجزء الخلفى للمجرى بحقن الترمان بمحلول نترات الفضة بنسبة (١./٠) بمقدار (٢ سم٣)، كما يعمل للمثانة غسول من محلول برمنجنات البوتاسيوم (١/٦٠٠٠) أو الميركيوروكروم (١/٣٠٠٠) أو التريبافلافين (١/٢٠٠) أو إكسسيانور الزئبق (١/٤٠٠٠) . وفى نهاية الغسيل نترك فى المثانة مقدار (٢ سم٣) من محلول نترات الفضة (١/٢ ./٠) .

وفضلا عن ذلك يحقن الطبيب المريض حقنا فى الوريد من السيلوتروبين (٥ سم٣) أو التريبافلافين أو الجونوكيور بمقدار (٥ سم٣) محلول نسبة (٢ ./٠) بمعدّل حقنتين أو ثلاث فى الاسبوع .

وإذا استعصى العلاج فى حالات نادرة من التهاب المثانة المزمنة فيجب عمل مزرعة من البول بعد أخذه (بقسطرة) جلدية معقمة ، ثم عمل فاكسين ذاتى لحقن المريض منه ، ولا أعتقد أن الحال تدعو الطبيب لعمل شق فوق العانة (Supra-pubic cystotomy) لتنظيف المثانة وغسلها كما هو الحال فى بعض حالات البلهارسيا والحصر بالمثانة .

(تاسعا) التهاب حوض الكلية السيلانى (Gonorrhoeal pyelitis) — يلتهب حوض الكلية بالسيلان ، ويمكن العثور على ميكروب السيلان فى الجزء الملتهب ، كما نعثر فى بعض الحالات على الميكروب العنقودى والسبحى وباشلس القولون ، وتصل عدوى السيلان إلى حوض الكلية عن ثلاثة طرق :

(أولا) بالاتصال المباشر — فى حالة احتباس البول بالمثانة ترجع كمية من البول الموجود بالمثانة الملتهبة الى الحالب فيصاب حوض الكلية بالسيلان .

(ثانيا) عن طريق الدورة الدموية — فيصاب حوض الكلية أو حوض الكليتين كما تصاب أغشية القلب أو المفاصل .

(ثالثـا) عن طريق الدورة الليمفاوية — حيث ينتقل الجونوكوك من البروستاتا أو المثانة عن طريق الأوعية الليمفاوية المحيطة بالحالب، وتصاب الأغشية المحيطة بحوض الكلية فتصاب إحدى الكليتين أو الاثنتان معا بالالتهاب السيلانى، وقد تصاب الكلية نفسها بالسيلان عند اتصال التهاب الحوض بجسم الكلية، وعلامة الإصابة الشعور بقشعريرة وارتفاع فى الحرارة، ويشـعر المريض أيضا بألم فى الظهر مكان الكلية المصابة، ويبول المريض بولا عكرا لاحتوائه على كمية من القيح والاسطوانات الكاوية (Kidney casts) وخلايا الكلية (Kidney cells). وقد يشعر الطبيب عند فحص الكليتين باليدين بتضخم فى إحداهما بسبب التهابهـا، ويمكن تمييز تشخيص هذه الحالة عن سابقتها (التهاب الحوض) بفحص البول بالمجهر إذ نعثر فيه فى الحالة الأخيرة (Pyelonephritis) على اسطوانات متعـدّدة، ولزيادة التأكد من موضـع الإصابة يمكن حقن المريض بمواد يودية ملونة ثم عمل أشعة للكليتين بعدها، وبهذا يتبين ما إذا كان حوض الكلية ملتهبا أو أن جسم الكلية متضخم .

العــلاج — فى حالة التهـاب جسم الكليـة (Nephritis) يلزم المريض الفراش ويمتنع عن تناول الطعام العادى، ويكثر من شرب السوائل مثل اللبن وماء الشعير، ويأخذ مسهلا مثـل فنجانين من المزيج الأبيض فى الصباح، كما تعمل له كاسات هوائيـة على القطن مكان الكلية لتخفيف احتقانها، وتوصف له أقراص الهلميتول بمقدار نصف جرام بعد كل طعام ثلاث مرات فى اليوم. وعليه أن يتجنب الإجهاد الجسمانى وشرب الخمـور، وإذا راعى هـذا تحسن الحالة بعد أسـبوعين أو ثلاثة، وعلامة هذا التحسن هو عدم حصول قشعريرة له أو ارتفاع فى الحرارة، كما يكون البول صافيا .

أما علاج حوض الكلية (Pyelitis) فيتلخص فى إعطاء المريض — عن طريق الفم — مواد مطهرة للبول مثل يروترويين، وعليه أن يستعمل أدوية قلوية الفعل إن كان البول حمضيا، وحمضية ان كان البول قلويا . ويفيـد فى هذه الحالة عمل

فاكسين ذاتى من الميكروبات الموجودة ، كما يفيد حقن المريض بالحقن المطهرة مثل سيلوتروبين وتريبا فلافين (½ ٪) بمقدار (٥ سم³) .

أما العلاج الموضعى فينحصر فى عمل غسيل لحوض الكلية بمحلول نترات الفضة (٠٫٢ ٪) أو محلول البرجين (١ ٪) أومحلول ميركيوروكروم (¼ ٪) . ويكون الغسيل بواسطة (قسطرة) طويلة رفيعة يمكن ادخالها بوساطة منظار المثانة (Cystoscope)

احتباس البول السيلانى

يحتبس البول فى سيلان المجرى البولى الحاد ، كما قد يحتبس فى التهاب غدة كوبر أو التهاب البروستاتا أو الحويصلات الحاد ، كما يحتبس البول أيضا فى حالة حصول احتقان فى موضع ضيق قديم .

وأول ما يفعله الطبيب فى هذه الحالات هو أن يأمر المريض بالجلوس فى ماء ساخن (فى بانيو مثلا) ، ويعمل حقنة شرجية من الماء الدافئ والصابون . وقد يكون الاحتباس مصحوبا بألم شديد بسبب الالتهاب الحاد فيضطر الطبيب لإعطاء المريض مسكنا مثل يوكودال فى برشامة ، أو حقنة من المورفين تحت الجلد (واحد سنتيجرام) .

ويجب أن يفحص الطبيب البروستاتا فى كل حالات احتباس البول ، فقد يجد خراجا بالبروستاتا فتخرج محتوياته بالتدليك من خلال مجرى البول إذ يبول المريض بعدها ويشعر براحة ، وإذا كان الاحتباس ناشئا عن احتقان البروستاتا الحاد فيستحسن وصف لبوس شرجى يومى للمريض مكوّن من :

سلفات الأتروبين...	٠٫٠٠١ جرام	يعمل اللبوس وتكرر خمسة منه
أكتيول	٠٫٣ «	
زبدة الكوكا	كمية كافية لعمل لبوس	

وفى كثير من الحالات لا يكون العلاج السابق كافيا لانطلاق بول المريض ، ويشعر المريض بقلق كبير وألم شديد بسبب الاحتباس ، وفى هذه الحالة يلجأ

الطبيب لتمرير (قسطرة) جلدية باحتراس بعد غسل مجرى البول بمادة مطهرة مثل محلول البوريك. ويلاحظ عدم استعمال (القساطر) المعدنية فى هذه الحالة لأن مجرى البول يكون محتقنا وربما سببت (القسطرة) المعدنية طريقا خطأ فى المجرى.

بعض مضاعفات موضعية أخرى :

يشمل هذا الباب المضاعفات الآتية :

التهاب الفم السيلانى . التهاب الشرج السيلانى . التهاب الأنف السيلانى . التهابات العين بسبب السيلان .

التهاب الفم السيلانى

يصاب الفم بالسيلان بسبب انتقال العدوى إليه عن طريق الاتصال الشاذ بالفم . وهذا النوع من الإصابة نادر فى بلادنا حيث لا يتبع الشباب هذه العادة الشاذة . وفى حالة الإصابة يكون موضع الإصابة فى الحلق واللسان وغشاء الأسنان، ويلاحظ وجود غشاء كثيف عليها وتقرحات صغيرة، وقد يتورم غشاء الفم ويتكون به كمية من القيح ربما تسبب تسمما دمويا .

العلاج ـــ تعالج هذه الحالة بغسل الفم بمحلول برمنجنات البوتاسا ($\frac{1}{4000}$) مرتين فى اليوم لمدة أسبوع تقريبا، كما تمس التقرحات بمحلول نترات الفضة (١٪) فى كل ثلاثة أيام . وتشفى هذه الحالة فى العادة بعد فترة لا تزيد عن عشرة أيام تقريبا .

التهاب الشرج السيلانى

هذه الحالة كثيرة الحصول وخصوصا فى السيدات حيث تكون فتحة الشرج قريبة من فتحة المهبل فيسهل إصابة الشرج عن طريق المهبل، وقد يكون السبب فى عدوى الشرج بالسيلان المباشرة الشاذة عن طريق الشرج، وهذا هو السر فى إصابة الرجال وبعض النساء، والمريض المصاب بسيلان الشرج لا يشكو عادة من شىء غير عادى سوى أكلان خفيف فى الشرج بسبب استمرار بلل المكان . أما علامات إصابة الشرج بالسيلان فتظهر للطبيب بالمظاهر الآتية :

(أولا) احمـرار فتحة الشرج وخروج نقطة قيحية سمـراء اللون عند إدخال الأصبع فى الشرج، وهذه النقطة يصعب العثور فيها على ميكروب الجونوكوك بسبب مصاحبة ميكروبات كثيرة له مثل باشلس القولون والعنقودى والسبحى وغيرها .

(ثانيـا) وجود شق عنـد فتحة الشرج من الخلف وهـذا الشق لا يؤلم المريض كثيرا كما أنه لا يدمى .

(ثالثـا) الزوائد السيلانية، توجد عادة زائدة واحدة عند فتحة الشرج، وهذه لا تؤلم المريض، وهى تتسبب عن التهيج الذى يحدثه الإفراز . وتوجد مضاعفتان لإصابة الشرج بالسيلان همـا : خراجات حول الشرج، وضيق الشرج السيلانى . وسأشرح كلتا الحالتين :

(١) خراجات السـيلان حول الشرج — تأخذ هـذه الخراجات الكثيرة الحصول فى هـذه الحـالة ، بسبب حصـول التشققات والتقـرحات بالشرج مظهرين هامين : (المظهر الأول) يتكون الخـراج فى الفجوة المعروفة (Ischio-rectal fossa) وهذا يمكن فتحه من الخارج بوساطة فتحة على شكل الصليب (cruciate incision) ووضع (شاشة يودوفورم) فى الجرح حتى يلتئم ، (والمظهر الآخر) وهو المعتاد، تكوّن خراج حول الشرج ، وهذا يضغط على جدران الشرج فتضيق القناة وتصبح ملتهبة، ويشكو المريض ألمـا عند التبرز، وتظهر نقط دموية ومواد مخاطية، وتشبه العوارض تقريبا عوارض الدوسنطاريا . ولذا يجب الدقة فى تشخيصها وقد دعيت مرة لإبداء رأيى فى حالة مريض يعالج عند طبيب، ويشكو هذا المريض من ألم شـديد وورم حول الشرج لا يسـمح بادخال الإصبع بدون ألم ، وكانت حرارة المريض مرتفعة . وقد مكث هذا المريض المذكور مدّة يعالج من الدوسنطاريا دون أن يتحسن، وقد رأيت أن يحـول المريض الى مستشفى لعمل فتحات حول الشرج، وفعلا تحسن المريض على هذا العلاج وتبين أنه كان مصابا بسيلان شرجى .

(٢) ضيق الشرج السـيلانى — يصاب الشرج المصاب بالسـيلان بالضيق، كما يصاب مجرى البول إذا أهمل هو الآخر، بالضيق السيلانى . وربما كان

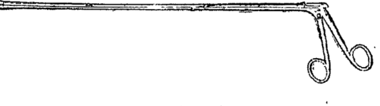
الشرج أكبر عرضة لهذه المضاعفة بسبب عدم التفات المريض للعوارض الضعيفة التى يحدثها سيلان الشرج . ويأخذ الضيق بادئ بدء شكلا نصف قمرى فى إحدى جوانب الشرج ، ثم يزداد حتى يصير كاملا ويشمل محيط الشرج كله ، ويشكو المريض من صعوبة فى التبرز فى الابتداء ، غير أنه إذا أزمن الضيق فربما يحدث الالتهاب الحاصل أعلى الضيق إسهالا ، وفى هذه الحالة يشكو المريض من اضطرابات فى الهضم وتظهر عليه عوارض الهزال .

العــلاج — يختلف علاج سيلان الشرج حسب حالة المريض التى وصل اليها ، لأن هذه الاصابة من السهل أن لا يلتفت المريض اليها فى الابتداء نظرا لبساطة العوارض ، فمن النادر أن تصل الى الطبيب المعالج حالة حادة بسيطة فى الابتداء . على أن العلاج سهل إذا كانت الاصابة فى فتحة الشرج ، ويتلخص فى عمل غسيل موضعى بمحلول برمنجنات البوتاسيوم ($\frac{١}{٤٠٠٠}$) ، أو وضع قطعة من السابرى مبللة بمحلول البروتارجول (٣ ٪) فى فتحة الشرج ، وتكرر هذه مرة كل يوم ، ويصح استعمال مسحوق (بودرة) من أكسيد الزنك والنشا بمقادير متساوية ، والمهم عدم ترك موضع الإصابة مبللا وإلا حدثت تسلخات من المحاليل والافراز ، ويأخذ المريض حقنة عضلية كل ثالث يوم من فاكسين الجونوكوك مثل (Antigonococcic Vaccine "clin") .

وإذا تقدّمت الإصابة وظهرت عوارض الخراجات السابق شرحها ، فيجب أن تعالج جراحيا بعمل فتحات مناسبة . ومن المستحسن جدا فى إصابة الشرج بالسيلان استكشاف داخل الشرج بالمنظار الشرجى (proctoscope) وهذا نوعان : نوع بدون إضاءة داخلة مثل منظار كلى . ونوع آخر تستعمل فيه إضاءه كهربائية مثل منظار "ليز" . وهذا الأخير أكثر أهمية ، لأنه فضلا عن وجود الإضاءة المذكورة يوجد به صنبور لعمل غسيل للشرج لتنظيفه قبل فحصه ، حتى تتيسر رؤية حالة غشاء الشرج بوضوح .

منظار كلى
(Kelley's proctoscope)

ملاحظات عملية على استعمال منظار الشرج — نعقم الأنبوبة الداخلة في الشرج بغليها كالمعتاد، ويجب أن يعمل للمريض حقنة شرجية قبل فحصه، ولا داعي لاستعمال بنج موضعي عند إدخال المنظار بالشرج، وفي حالة بعض المرضى الذين يتأثرون بسرعة يمكن وضع قطعة من السابري في الشرج مبللة بمحلول النوفوكايين (٣٪) ربع ساعة قبل الفحص ثم نزعها . وعند الفحص ينام المريض مستلقيا على ظهره ويستحسن أن يكون ذلك على منضدة العمليات ، وأن يخفض رأس المريض كالمعتاد في بعض عمليات فتح البطن (Trendenburg Position)، وأن تدهن الأنبوبة الشرجية قبل إدخالها مع دليلها (Trocar) بالجلسرين، وبعد ذلك يخرج الطبيب الدليل (Trocar) وينظف داخل الشرج بقطعة من السابري على قضيب خشن أو بالجفت الشرجي (Sigmoid forceps) .



الجفت الشرجي

ما نراه داخل الشرج من الوجهة المرضية والعلاج المتبع — من المحتمل في حالة إصابة الشرج بالسيلان أن نرى تقرحات صغيرة أو كبيرة داخل الشرج، كما يمكننا أن نرى أوراما أو زوائد التهابية، ومن الجائز أن نعثر على مبادئ ضيق بالشرج، وهذا ما يهمنا تشخيصه على الأخص بوساطة المنظار الشرجي . أما التقرحات الصغيرة فيمكننا أن نمسها بمحلول نترات الفضة (١٪) بوساطة المنظار، والزوائد الالتهابية يمكن كيها بوساطة الكي الكهربائي كالمتبع تماما في منظار مجرى البول . أما الضيق الشرجي فيعالج بإدخال بوجيهات من الشرج مختلفة الأحجام ، بحيث نضع البوجيهات الرفيعة أولا ثم نتدرج حتى نصل الى أكبر حجم يمكن إدخاله ؛ وليلاحظ الطبيب أنه من السهل حدوث خروق بالشرج إذا استعمل قوة في إدخال

البوجى ، ولذلك علينا أن نستعمل العناية الكافية فى إدخال تلك الآلات ، وأن يتخلل استعمال الآلات المذكورة فحص الشرج بالمنظار الشرجى مرة فى كل أسبوع للتأكد من تقدم الحالة بالعلاج .

التهاب الأنف السيلانى

هذه الحالة نادرة جدا فى الشبان فى الجنسين ، ولم أصادف حالة واحدة يشكو المريض فيها من التهاب الأنف السيلانى ، ولكن بعض الأساتذة يذكر حالات عالجها من التهاب سيلان بالأنف . وعلى كل حال فكل ما يهمنا هو ملاحظة الطفل الحديث الولادة المصابة والدته بالسيلان ، إذ من المحتمل أن يصاب الطفل بزكام ويسيل من أنفه سائل لزج ، فى هذه الحالة يجب أن يتبين الطبيب الأنف حتى إذا ما تأكد من الإصابة أمكنه تنظيف الأنف بقطعة من السابرى مبللة بمحلول الأرجيرول (٣٪) وتصاب العين كثيرا فى هذه الحالة . لذلك يجب فحصها وعلاجها إن لزم الأمر .

التهابات العين بسبب السيلان

لما كان علاج التهابات العين من اختصاص الإخصائى فى الرمد لذلك لم أجد داعيا لفحص هذا الموضوع وشرحه ، وأكتفى بذكر ملاحظات بسيطة عنه ، وأشير على من يريد الاطلاع عليه بإسهاب من حضرات الزملاء أن يرجع الى كتب الرمد الخاصة بهذا الموضوع .

التهاب الملتحمة السيلانى فى الأطفال — تصاب الملتحمة بالسيلان فى الأطفال الحديثى الولادة إذا كانت الأم مصابة بالسيلان ، ويظهر ذلك الالتهاب فى ثانى يوم أو ثالثه بعد الولادة ، إما عن الأم داخل الرحم ، أو عن استعمال خرق متسخة لمسح عينى الطفل ، من أجل ذلك تستعمل جماعات رعاية الطفل محلول نترات الفضة فى جميع الولادات ، وذلك بوضع نقطة من محلول نترات الفضة (١٪) فى كل عين عند الولادة بقصد اتقاء هذه المضاعفة . وتستمر الإصابة لمدة ثلاثة

أسابيع أو شهر وقد تمكث أكثر من ذلك ، ومن الجائز أن تترك الإصابة قروحا فى القرنية وقد تسبب العمى فى بعض الأطفال .

ويجب أن تعرض حالة إصابة العين فى الطفل على الطبيب الاختصاصى فى الحال ، لأنه من النادر أن تشفى الحالة تماما دون أن تترك مضاعفة ، وذلك بسبب سرعة سير المرض وشدّة وطأته من الابتداء .

وأما عن التهابات أجزاء العين المختلفة بسبب السيلان فلا أرى داعيا للخوض فيها ما دمت لم أتقدم شخصيا لعلاج هذه الحالات ، ويجب أن يبحث عنها فى كتب الرمد كما ذكرت .

مضاعفات السيلان العامة الدورية

(١) الروماتزم السيلانى — ينتشر السيلان بالدورة الدموية، وبسبب المجهود الجسمانى وكثرة الحركة تتأثر المفاصل بآلام روماتزمية بسبب ميكروب السيلان، وهذه الحالة نادرة الحصول وتحصل فى واحد من ستين من المرضى وقد يتكوّن فى المفصل المصاب سائل التهابى، ويمكن الحصول على ميكروب السيلان فيه إذا فحص أكثر من مرة ، فقد يختفى الميكروب فى غشاء المفصل ويترك السائل المتكوّن . وأكثر ما يكون سبب الاصابة السيلان فى مجرى البول الخلفى ، وخصوصا فى الحويصلات المنوية ، أما عند النساء فسبب روماتزم المفاصل السيلانى هو التهاب البوقين السيلانى . والمفاصل جميعها عرضة للاصابة، غير أن مفصل الركبة والقدم والرسغ وأصابع اليدين والقدمين أكثر عرضة للاصابة . وتأخذ إصابة المفاصل أحد هذه المظاهر :

(أوّلا) أرثرالجيا (Arthralgia) — وهى عبارة عن ألم فى المفصل دون أن يكون بالمفصل مظهر مرض خاص، وكل مايشعر به المريض صلابة فى المفصل فى الصباح قبل الحركة ، وبعد المسير يصبح المفصل عاديا ، ولا يوجد بالمفصل ورم أو التهاب خارجى، ويكون الألم من النوعى القَطْعى المتنقل .

(ثانيا) التهاب مع وجود سائل مائى بالمفصل (Hydarthrosis) — تحصل هذه الحالة عادة فى مفصل واحد وتكون على الأكثر فى الركبة، حيث ينتفخ المفصل بسبب وجود السائل الالتهابى وترتفع عظمة الرضفة (Patella) عن عظام المفصل، وتستمر هذه الحالة فترة طويلة رغم العلاج الموجه لها ، وهذا هو الفارق بينها و بين الروماتزم العادى الذى ينتقل من مفصل إلى آخر .

(ثالثا) الالتهاب المفصلى الحاد (Acute Arthritis) — هذا هو أهم مظهر للالتهاب السيلانى المفصلى، حيث يلتهب المفصل ويتألم المريض عند لمسه وترتفع حرارته الى (٤١ سنتيجراد) ، ويحصل ذلك فى مفصلين أو ثلاثة فى وقت واحد، وتتورم هذه المفاصل ولا يمكن تحريكها لشدة الألم . وهذه الحالة لها خطرها لأن الالتهاب اذا ترك المفصل فلا يتركه يعود لحالته الطبيعية بل يترك فيه شيئا من التصلب (Ankylosis) بسبب الألياف المتكونة .

(رابعا) الالتهاب المفصلى التشويهى (Polyarthritis Deformans)— تلتهب فى هذه الحالة المفاصل الصغيرة مثل الأصابع فتتصلب وتتضخم العضلات، وتظهر الأصابع كالمغزل . و يصعب فى هذه الحالة أن تعود الأصابع لحالتها الطبيعية بسبب التصلب الناشئ بها . و بخصوص هذه المظاهر المتعددة كلها يجب أن يتأكد الطبيب من أن هذه العوارض بسبب السيلان وليست بسبب الروماتزم ، كما يجب أن يتحرى الطبيب عن إصابة مجرى البول بالسيلان قبل الحكم على أنها ناشئة عن السيلان، كما عليه أن يلاحظ أن الروماتزم العادى لايسبب تصلبا فى المفاصل، وإذا شفى مفصل فانه يعود الى حالته الطبيعية بخلاف السيلان المفصلى فانه يترك فى المفصل أليافا تجعله قابلا للتصلب .

العلاج — قبل التفكير فى العلاج الموضعى للمفصل يجب أن يوجه العلاج لسبب الإصابة ، وهو سيلان المجرى الخلفى ، وذلك بتدليك البروستاتا والحويصلات المنوية وتسليط تيار الدياترمى عليها من الشرج، وعمل تمديد للمجرى

بوساطة ممددات بنيكى، وعمل (دوشات) من محلول برمنجنات البوتاسيوم لمجرى البول بأكمله .

أما العلاج الموضعى للفصل فينحصر فى تثبيت المفصل وعدم تحريكه، لذلك يستحسن وضعه فى جبيرة وعمل حراقات على المفصل وتسليط حمام بخارى حوله . وقد توصل الأطباء حديثا لعلاج المفصل بوساطة تيار الدياترمى حيث يوضع قطب من الزنك أسفل الركبة وقطب أعلاها، ويسير التيار مدة (٢٠ دقيقة) بمعدل (١ — ١½ أمبير)، وأنا معتقد أن هذا العلاج يفيد جدا، ويشعر المريض بعده براحة تامة، بحيث إذا تكرر التيار بضع مرات من (١٠ — ١٢) تمكن المريض بعدها من المسير بدون ألم يذكر . وهذا يفيد خاصة فى حالة وجود سائل بالمفصل حيث يحصل امتصاص فى السائل بعد تمرير التيار مرات معدودة .

فإذا لم يتيسر وجود تيار الدياترمى، ففى حالة وجود سائل بالمفصل يستعمل الطبيب طريقة «بير» فيربط حزاما بأعلى الركبة وآخر أسفلها مدة ربع ساعة تقريبا، مرتين فى اليوم، فيساعد الاحتقان المتكوّن امتصاص السائل بالمفصل . ويمكن استعمال غيار سكوت (Scotts' DressIng) على المفصل للغرض نفسه .

ولما كان التهاب المفصل ناشئا عن تسرب ميكروب الجونوكوك بطريق الدورة الدموية، لذلك كان استعمال فاكسين الجونوكوك فى هذه الحالة من أهم عوامل الشفاء . وقد وجدت أن استعمال فاكسين الأرثيجون (Arthigone) يفيد خاصة فى هذه الحالة إذا أعطى المريض حقنة منه كل ثلاثة أيام . ويصح إعطاء حقن وريدية مطهرة مثل التريبا فلافين (٢٪) (٥ سم٣) بمقدار ثلاث حقن فى الأسبوع مدة ثلاثة أسابيع، غير أنى أفضل استعمال الفاكسين فى هذه الحالة . فإذا لم تتحسن حالة المريض على العلاج المتقدم وجب فحص الحويصلات المنوية فحصا دقيقا، والتحرّى مما إذا كان ممكنا شفاؤها بطريق العلاج المعتادة السابق ذكرها أم لا، فإذا لم يتيسر ذلك وجب أخذ رأى الجراح الإخصائى فى إزالتها بالطرق الجراحية،

وهذا الحل الأخير هو كل ما يمكن عمله لمصلحة المريض، حيث أن الحويصلات هى منبع الإصابة الدموية .

(٢) الطفح الجلدى السيلانى ــ فى حالات نادرة يظهر على الجسم طفح وردى مثل طفح الحمى القرمزية لا يعزى لسبب سوى الاصابة بالسيلان ، كما قد يطرأ على المريض نوع من السنط (Warts) فى أجزاء مختلفة من الجسم، وهذا علاوة على سنط عضو التناسل الذى يظهر فى حالات السيلان بسبب العدوى الموضعية . وعلى الطبيب أن يتأكد أن هذا الطفح ــ وخاصة الوردى ــ نشأ بسبب السيلان ولم ينشأ عن الأدوية المستعملة للعلاج مثل بلسم كوباى . وقد ذكرت هذه الملاحظات ليفكر الطبيب فى احتمال وجود طفح سيلانى وردى فى حالات نادرة . أما العلاج فيجب أن يعالج السبب وهو السيلان، أما الطفح فيستعمل له مراهم حسب المظهر الذى يأخذه الطفح، ويعالج كبقية الالتهابات الجلدية العادية. وبخصوص السنط السيلانى فأحسن طريقة لإزالته هو استعمال الكى الكهربائى حيث يتم استئصاله .

(٣) إصابة القلب بالسيلان ــ من الجائز إذا أجهد المصاب بالسيلان نفسه أن يعرض قلبه للاصابة بالسيلان ، وهذا ليس نادر الحصول كما يعتقد كثير من الأطباء . وتحدث الاصابة عادة فى الأدوار الحادة من المرض، ويسبقها عادة إصابة حادة بالمفاصل . ويتأثر القلب بالالتهاب السيلانى فى حالات تسمم الدم بالميكروب (Gonococcal Septicaemia) فتأخذ الإصابة مظهر التهاب الغشاء المبطن للقلب (Endocarditis) أو التهاب التامور (Pericarditis) . وفى حالات نادرة يصل الالتهاب عضل القلب فيصاب المريض بالتهاب العضل القلبى (Myocarditis). وأكثر الحالات الثلاث إصابة هى حالة التهاب الغشاء المبطن للقلب (Endocarditis). وصمامات الجزء الأيسر من القلب هى أكثر تعرضاً من غيرها، فتصاب صمامات الميترال (Mitral Valves) بزوائد التهابية (Vegetations) ، كما هو الحال فى إصابة القلب بالروماتزم، أما إصابات الأورطى فتعتبر فى الدرجة الثانية من الإصابة

ويصل الطبيب الى تشخيص الإصابة بسبب سرعة الإصابة وشدّة وطأتها حيث يشكو المريض من الخفقان (Palpitation) وصعوبة التنفس (Dyspnea)، ومن سماع القلب بالمسماع، ومن تاريخ الحالة حيث يسبق هذه المضاعفات إصابة سيلانية حادة من ثلاثة أسابيع أو أربعة. ويمكن عمل مزرعة من دم المصاب على آجار. وفى بعض الحالات تكون إيجابية كما تكون فى البعض سلبية، على أنه من المؤكد فى حالة الوفاة العثور على الجونوكوك من زرع الزوائد القلبية (Vegetations) .

والإنذار فى هذه الإصابات متوسط، فقد تشفى حالات ويعود القلب الى حالته الطبيعية، كما قد يكون سوء الحظ قرينا لحالات أخرى تنتهى بالوفاة .

العــلاج — العلاج الذى يوجه الى القلب يشابه العلاج الموجه له فى حالة الالتهاب الروماتزمى . فيجب أن يلازم المريض الفراش، وإن شكا ضيقا بالتنفس يعطى له منبها، وقد يعطى استنشاقا من الأكسجين . واذا شكا من ألم بالصدر تعمل له حراقات على القلب لتخفيف آلام التهاب التامور، وتعطى له منبهات القلب مثل الدجتالين اذا ظهرت عوارض الهبوط، وبعد التحسن يصح أن يعطى له فاكسين سيلانى مثل الجونارجين . ويعطى للمريض مقويات مثل مركبات الحديد، ويرجأ علاج المجرى البولى السيلانى إلى حين تغلب المريض على إصابة القلب . وكما ذكرت سابقا يذكر الطبيب دائما فحص الحويصلات المنوية وعلاجها، حتى لا تكون سببا فى تكرار إصابة القلب .

المظاهر العصبية للسيلان — من المحتمل فى حالات نادرة إصابة الجهاز العصبى بالسيلان فى دور انتشار المرض فيصاب الجهاز العصبى كما يصاب القلب أو المفاصل، ويجوز أن يصاب المريض بالالتهاب السحائى السيلانى، وعوارضه هى نفس عوارض الالتهاب السحائى بسبب آخر، غير أن وجود الجونوكوك فى السائل النخاعى وإصابة المريض بسيلان مجرى البول يشير إلى أن الإصابة بسبب السيلان .

وقد ذكر بعض المؤلفين حالات أصيب فيها النخاع الشوكى بالسيلان (Gonococcal Myelitis)، وذكروا عوارض تشابه عوارض التهاب النخاع

لأسباب أخرى مثل الحميات أو الزهرى ، وقد عولجت هذه الحالات حسب مظاهرها مع بذل عناية بعلاج حالة مجرى البول المسببة لهذه الظاهرة .

علاج السيلان المزمن بمجرى البول

يصير السيلان مزمنا اذا طالت مدة علاجه فى الدور الحاد ، وليس هناك وقت معين يصبح فيه الحاد مزمنا ، إلا أنه يطلق على السيلان فى العادة أنه مزمن إذا قل الإفراز ولم يشك المريض من حرقان عند البول ، ودل الفحص الطبى على إصابة الغدد المختلفة السابق شرحها والتى ترتبط بمجرى البول مثل غدد كوبر والبروستاتا والحويصلات المنوية وجيوب مرجانى وغدد ليتر .

وقد شاع بين المرضى بأن السيلان المزمن لا ينفع فيه علاج ، وأنه غير قابل للشفاء ، وليس لهذه الإشاعة غير الحقيقية من سبب إلا عدم صبر المريض على العلاج المنتظم على يد أخصائى فى هذه الأمراض وقتا كافيا ، واستسلام المرضى لنصائح عديدة يقدمها لهم صيدلى أو صديق ، فيستعملون عقاقير مهيجة تحدث التهابات فى مجرى البول وتزيد الحالة سوءا مثل الغسيل بالليمون والنبيذ ومحلول نترات الفضة المركز ونحوها .

أما إذا لازم المريض طبيبا أخصائيا مدة كافية لا تقل عن بضعة شهور فالنتيجة فى معظم الحالات تكون الشفاء ، وخصوصا بعد وجود الطرق العديدة الحديثة المستعملة فى علاج المضاعفات المختلفة السابق شرحها . على أنه يجب على الطبيب ألا يترك المريض المصاب بسيلان مزمن يستسلم لأوهامه وعواطفه بل عليه أن يفهمه الحقيقة الراهنة ، وهى تأثير أنواع العلاج المختلفة فى حالة العلاج ؛ فإذا عمل له مثلا مسا للمجرى بمحلول نترات الفضة ولم يفهم المريض أنه سيشعر ثانى يوم بألم عند البول وأن القيح سيزداد فى الصباح ، فإن المريض سوف يحضر له يائسا ظنا منه أنه أسوأ حالا من ذى قبل ؛ لأن ظهور التحسن يوما فيوما دليل عند المريض على نجاح العلاج ، وهذا ما لا يتيسر حدوثه فى علاج منتظم تتبع فيه الطرق

الفنيــة الأصلية ، لهذا كان على الطبيب تفهيم المريض هــذه المراحل التى سيمر بها . ولكى أبين لحضرات الزملاء أهمية إيجــاد روح الثقة فى العلاج عنــد المريض ومدى ما يحــدثه الوهم من سوء العاقبــة أذكر المثال الآتى الذى صادفتــه بهذا الصدد :

المريض ذكر وعمره ٢٧ سنة، أصيب بسيلان حاد سنة ١٩٢٦ وأساء علاج نفسه باســتعماله محاليل قوية بدون مبرر ، فأصيب بالتهاب فى مجرى البول الخلفى وأزمن معه السيلان ، وأصيب بالتهــاب البروستاتا والحويصلات المنوية وأصبح يتنقل من طبيب الى آخر،واستمر تحت العلاج من السيلان المزمن إلى سنة ١٩٣١ حيث حضر إلىّ للاستشارة والعلاج ، وبفحصه تبين لى أنه مصاب بالتهاب البروستاتا والمجرى الخلفى للبول . وقد عالجت المريض مدّة تسعة أشهر أخذ فى خلالها تدليكا كافيــا للبروستاتا وتوسيعا للمجرى الخلفى للبول مع العــلاج بالمنظار وتسليط تيــار الدياترمى على البروستاتا عدّة جلسات مع عمــل فاكسين ذاتى له ، فتحسن المريض تماما وعملت له تحاليل عدّة لم أعثر فيها على الجونوكوك ، ولم يشك المريض بعدها شيئا غير عادى اللهــم إلا عكرا فى البــول ، وهذه على اعتقاده دليــل على استمرار وجود السيلان عنده، ولكننى كنت مقتنعا بينى و بين نفسى بأن حالة المريض تسير فى سبيل الشفاء، وأنه لابد لهذا العكر الذى فى البول من سبب آخر. وأخيرا طلبت منه عمل أشعة للكليتين، وقد ظهر أنه مصاب بحصى فى الكلية اليمنى مع تقيح بها .

هنا اقتنع المــريض بأن سبب العكر فى البول إصابة أخرى ولم يفكر فى مسألة السيلان المزمن، وعمل عملية جراحية فى الكلية ، وقد حضر لى بعدها ببضعة أشهر فإذا بالبول صاف تماما وحالته على أحسن ما يرام. فلو تركنا هذا المريض لوهمه ولم نرشده الى سبب عكر البول الموجود عنده لمــا تطرّق الاقتناع الى نفسه بأنه شفى من السيلان شفاء تاما .

من هنا يتبين أهمية إقناع الطبيب المريض لعدم الاستسلام لأوهامه ، وأن حالته قابلة للشفاء مهما تقدّم دور المرض، لأن المعوّل عليــه هو تشخيص موضع

الإصابة تشخيصا دقيقا وعمل العلاج المناسب، فإذا تيسر للطبيب التشخيص الدقيق فإن شفاء المريض يكاد يكون محققا .

أساس العلاج فى السيلان المزمن — يختلف العلاج فى السيلان المزمن عنه فى السيلان الحاد فى أن العلاج فى الحالة المزمنة يوجه نحو نقط معينة مصابة ؛ أما فى الحالات الحادة فالعلاج يوجه نحو غشاء المجرى بأكمله ، حيث يكون ملتهبا فى جميع أجزائه ، لذلك نعتمد فى الحالات الحادة على الغسول بمحاليل مختلفة ، أما فى الحالات المزمنة فيجب أن تعالج كل بقعة مصابة على حدتها وتوجه اليها عناية خاصة . وسأبدأ بشرح طرق علاج تلك النقط مبتدئا من الخارج .

القنوات الموازية لمجرى البول (Paraurethral fistulae and glands) وضرورة علاجها فى السيلان المزمن — توجد قنوات صغيرة تتفتح فى نهاية القضيب بجوار فتحة مجرى البول، ومنها فتحة الغدّة المسماة تيسون(Tyson's gland) وهذه الفتحات تأخذ مظاهر عدّة، فقد تكون واضحة كما فى حالة انفتاح مجرى البول تحت القضيب (Hypospadius)، وقد لا تكون ظاهرة فى حالات كثيرة . وعلى كل حال فهذه القنوات تتصل فى الأكثر بفجوات قريبة من مجرى البول . وفى حالة إصابة السيلان تصبح هذه القنوات مقرا ومنبعا للعدوى لذلك يجب علاجها، ولما كانت هذه القنوات وفتحاتها ضيقة ولا تسمح بإجراء غسول أوتطهير بها، فخير علاج يجب أن يوجه الى استئصالها تفاديا من ضررها فقد تكون السبب فى عدم شفاء المريض من سيلان مجرى البول ؛ وتوجد طريقة واحدة لاستئصال هذه الفتحات وذلك بكيها بالتيار الجلفانى (Galvanic Current) بوساطة سلك بلاتينى مدبب يصوّب نحو تلك الفتحات ، ويلاحظ عدم الاستمرار فى الكى مدة طويلة وإلا سبب الكىّ ناسورا بوليا . ولا داعى لاستعمال بنج موضعى، أما مع المرضى السريعى التألم فيمكن حقن مجرى البول من الأمام أو حقن ما حول القناة بمحلول نوفوكايين (٢٪) بمقدار (١٠ نقط) .

علاج مجرى البول فى السيلان المزمن — كما ذكرت سابقا لا تتعدّى الإصابة فى السيلان المزمن نقطا معينة، وقد يحتمل أن تكون الإصابة فى واحدة أو أكثر من المواضع الآتية وهى :

غدد ليتر أو جيوب مرجانى، غدّتى كوبر، البروستاتا، الحويصلات المنوية، فتحتا القناتين القاذفتين للمنى والعرف الجبلى (Verumontanum)، ضيق مجرى البول.

كيف يفحص الطبيب المريض بقصد الوصول الى تشخيص دقيق لحالته — اذا تأكد الطبيب بادئ بدء أن المريض مصاب بإصابة مزمنة فعليه أن يوجه إليه الأسئلة الآتية : متى وكيف بدأت إصابة مجرى البول؟ وما هى شكواه الحالية ؟ وهل سبق له أن عولج ؟ وما نوع العلاج الذى اتبعه ؟ بعد ذلك يفحص فتحة مجرى البول وما حولها ويضغط على المجـرى من الخلف إلى الأمام ، فإذا ظهر إفراز وجب أخذه بواسطة سلك بلاتينى بعد حرقه فى لهب الكؤول، ثم يضعه على شريحة من الزجاج ويثبتها قليلا بتمريرها على مصباح الكؤول المشتعل ، ثم يرسلها للعمل لفحص وتعيين الميكروبات الموجودة والكرات القيحية والخلايا .

بعد ذلك يبول المريض فى أربع كاسات، ففى الإصابة بالسيلان المزمن يكون البول على الأكثر فى الكأسين الثانية والثالثـة عالقا به خيوط وقطع ملتهبة . بعد ذلك يغسل الطبيب المجـرى بمحلول مطهر مثل أكسسيانور الزئبق ، ثم يملأ المثانة بمحلول بوريك مخفف ، ثم يجرى فحص غدّتى كوبر، وإذا ظهر إفراز منهما يضعه على شريحة زجاجية لفحصها، وكذا يفحص البروسـتاتا والحويصلات المنوية من الشرج ، وهذا الفحص يرشدنا الى حالة هذه الأجزاء وهل هى متضخمة أو ملتهبة ثم هل هى تؤلم المريض بالضغط عليها، وهل بها نتوءات صلبة أو بها خراج .

ولا ينسى الطبيب أن يدلك البروسـتاتا والحويصلات المنـوية تدليكا جيدا دون أن يحدث ألمـا للمريض . ونظرا للدقة المطـلوبة فى الفحص يجب أن يكون الى جانب الطبيب أنبوبة اختبار بها اجار دموى معقم، وذلك لوضع نقطة من إفراز

البروستاتا بها بوساطة سلك بلاتيني معقم لعمل مزرعة، ويقصد بذلك معرفة نوع الميكروبات الموجودة فى الإفراز البروستاتى (وفى الوقت نفسه يمكن الاستعانة بها على عمل فاكسين ذاتى لحقن المريض) . وفى الوقت نفسه يأخذ الطبيب نقطة من السائل البروستاتى على شريحة زجاجية لتحليلها بطريقة جرام ومعرفة نوع الميكروبات وكمية الكرات القيحية ، فاذا لم يعثر الطبيب على الجونوكوك بطريقتى جرام والمزرعة على الأجار الدموى يمكنه أن يأخذ بضعة سنتيمترات من دم المريض لتحليله بطريقة تثبيت المكمل للسيلان (Compliment fixation test for gonorrhoea)، ويشترط فى التجربة الأخيرة عدم أخذ المريض حقنا من الفاكسين فى خلال الشهر السابق للتحليل على الأقل (وفى الأكثر نتأكد من وجود الإصابة بالجونوكوك من التجربة الأخيرة) فاذا ظهرت جميع النتائج سلبية للجونوكوك تعتبر الإصابة عدوى ثانوية عقب الإصابة بالسيلان .

بعد ذلك يتوصل الطبيب لمعرفة موضع التهاب بعض أو كل من غدد ليتر أو جيوب مرجانى بإدخال البوجيه الصمغى ذو النهاية المغزلية (Acron tipped bougie) فى مجرى البول تدريجيا، فاذا شعر الطبيب عند إدخاله

شكل بوجيه صمغى ذو نهاية مغزلية

بمقاومة فى بقعة فى المجرى، أو شعر المريض بألم فيها فذلك دليل على إصابة غدّة ليتر أو جيب مرجانى بالتهاب فى تلك البقعة، كما أن إدخال البوجية حتى النهاية يعطى فكرة عن المجرى هل هو ضيق أو لا .

بعد ذلك يستعمل الطبيب منظار مجرى البول الأمامى بقصد فحص المجرى الأمامى للعثور والتأكد من موضع التهاب غدد ليتر أو جيوب مرجانى ومدى هذا الالتهاب، وهل يوجد كيس قيحى بها أو أن بها ورما التهابيا أو مبادئ ضيق أو رشح رخو أو صلب، أو أن هناك ممرا خطأ حدث بسبب إدخال آلات فى المجرى،

وهل لون غشاء المجرى طبيعى أو به احتقان أو نزف دموى ؟ كما يحاول العثور على فتحتى غدتى كوبر فى نهـاية المجرى الأمامى لمعرفة ما إذا كانت ملتهبة أو سليمة ، أو بهـا احتقان حول الفتحة ، أو مسدودة بسبب التهاب قـديم أو بسبب وجود مواد التهابية حديثة بها .

بعد ذلك يجتهد الطبيب فى أن يستعمل منظار مجرى البول الخلفى لأنه مرآة البروستاتا والحويصلات المنوية ، وفضلا عن احتمال عثوره على مبادئ ضيق بالمجرى (وهو أقل حصولا فى المجرى الخلفى عنه فى المجرى الأمامى) فإنه يمكنه فحص المجرى البروستاتى بالدقة لمعرفة حالة فتحتى القناتيـن القاذفتين للسائل المنوى والشكوة الصـغيرة (Utriculus) ، كما يعرف حالة فتحات قنوات البروستاتا وهل هى ملتهبة ومفتوحة أو مسدودة؟ وهل يوجد ورم فى العرف الجبلى أو تضخم أو أوذيما؟ وهل بجوة البروستاتا (Prostatic fossette) طبيعية أو متسعة أكثر من المعتاد؟ وهل بها أورام التهابية "باباللوما" (Papillomata) .

كل ذلك لا يمكن معرفته بدون منظار مجرى البول الخلفى الذى هو بحق مرآة لأعضـاء التناسل ، ويتوقف على دقة الفحص به مستقبل المريض المصـاب بالسيلان المزمن من الوجهة التناسلية .

هذا هو موجز لمـا يجب على الطبيب الحريص عمله اذا اهتم بعلاج المريض علاجا ناجعا ، وفى الأكثر اذا أجرى هـذا الفحص على الوجه الأكمل فلا بد من العثور على الموضع المسبب لنقطة الصباح التى من أجلها حضر المريض الى الطبيب ، وفى هذه الحالة يصبح من الميسور شفاء الحالة ، لأن التشخيص الدقيق هو الخطوة الأولى نحو العلاج الناجع . وقبـل أن أنتقل الى العلاج أشـير إلى أنه لاداعى للإسهاب فى ذكر الملاحظات المذكورة هنـا والتى سبق أنـ شرحتها فى فحص البروسـتاتا والحويصلات المنوية وفحص مجرى البول بالمنظار ، ويمكن للقـارئ الرجوع اليها لزيادة الاسترشاد .

العــلاج

نظرية العلاج المتبعة فى السيلان المزمن مبنية على الطرق الآتية :

(أ) العلاج العام . (ب) العلاج الموضعى .

(أ) العــلاج العــام

فى العادة نستعمل علاجا عاما فى شكل حقن لمساعدة العـلاج الموضعى، وقد تنوعت أصناف الحقن المتبادلة بين الأطباء فى هذا الموضوع حتى أصبح من الصعب حصرها لكثرتها، وتنقسم أنواع هذه الحقن من حيث مفعولها الى خمسة أقسام :

(١) فاكسين الجونوكوك . (٢) فاكسين ذاتى مصنوع من إفراز المريض . (٣) أدوية من شأنها رفع درجة حرارة المريض وزيادة مناعته بازدياد عدد كرات الدم البيضاء (Leucocytosis) . (٤) أدوية مطهرة وقاتلة لميكروب السيلان . (٥) حقن أخرى .

(١) فاكسين الجونوكوك — فاكسـين الجونوكوك المستعمل فى الحقن نوعان : الأوّل هو ميكروب الجونوكوك من فصائل مختلفة بعـد إعدامه . والثانى هو نفس الميكروب وإنما بعد فصل الأصول السامة منه (Detoxicated Vaccine) والنوع الثانى هو الأكثر استعمالا الآن .

ويستعمل فاكسين الجونوكوك لزيادة مناعة المريض حتى يتغلب على إصابة السـيلان ، وهو أكثر ما يكون فائدة فى الدور الحاد وتحت الحاد ، حيث يكون الجسم فى حاجة الى مناعة قوية لتهاجم المرض، ولهذا يستعمل كل ثالث يوم حقنة فى العضل من فاكسـين الجونوكوك ابتـداء من (٥٠ مليون) ، ويكتفى بأن تكون الحقنة النهائية (١٠ آلاف مليون) . وفى بعض حالات قد يكون من المستصوب تجاوز هـذا الحدّ ، على أن زيادة المقدار تتوقف على حالة المريض الصحية وعلى تأثير الحقنة الأولى موضعيا وعامة، بمعنى أنه إذا أحدثت الحقنة ورما وألما فى الذراع وارتفاعا فى الحرارة فلا داعى لاستعمال حقنة بعدها تزيد عنها فى المقدار لفترة طويلة،

وأن تكون الحقنة التالية بعدها بخمسة أيام أو أسبوع . وأنواع الفاكسين المستعملة بكثرة هي جونارجين وفاكسين ضد السيلان "كلان" (Antigonococcic Vaccine ("Clin"، وفاكسين بارك ديفيز، وأرثيجون، ونيودميجون (Neo Dmegon)، وفاكسين الدكتور الكردانى (مصر) .

وقد وجدت أن استعمال الفاكسين فى الأدوار الحادة يساعد العلاج الموضعى الى درجة كبيرة .

(٢) الفاكسين الذاتى المصنوع من إفراز المريض

(Autogenous Vaccine) — يمكن تحضير فاكسين ذاتى من إفراز المريض ثم عمل حقن من هذا الفاكسين، وتستعمل هذه الطريقة عادة فى حالة وجود ميكروبات أخرى مصاحبة للجونوكوك، مثل الدبلوكوك الإيجابى لصبغة جرام والنيوموكوك والميكروب السبحى وباشلس القولون (B. Coli) والباشلس المشابه للدفتريا (Diphtheroids)، وطريقة عمل الفاكسين هى أن يزرع إفراز المريض على أجار دموى (Blood Agar) وتفصل كل مستعمرة (Colony) من الميكروبات الموجودة بواسطة زرعها وحدها ثانية، ثم تؤخذ وتحال فى محلول ملحى معقم، وتقدّر كمية الميكروبات الموجودة فى كل سنتيمتر مكعب بطريقة (Standrisation) .

ويستعمل الفاكسين الذاتى فى كثير من الأمراض، وتتفاوت نتائج استعماله حسب الأمراض المختلفة . أما فى حالة السيلان فاستعمال الفاكسين الذاتى يفيد خاصة فى الحالات المزمنة المصحوبة بمضاعفات، مثل التهاب البروستاتا والحويصلات المنوية أو التهاب المفصل . على أنه يستحسن استعمال فاكسين الجونوكوك العادى مع الفاكسين الذاتى فى حالات السيلان المزمن، لأن نتائج استعمال النوعين مجتمعين أكثر فائدة من استعمال أحدهما منفردا . ويرسل طبيب المعمل عادة الحقن مدرّجة، على أن المعوّل فى الاعتماد على هذا التقرير هو درجة تأثر المريض بالفاكسين؛ فبينما يكون ($\frac{1}{4}$ سم^3) مثلا كمية كثيرة على مريض إذا بها قليلة بالنسبة لمرضى عديدين .

ويستحسن البدء بكمية صغيرة وتكرر الحقنة كل ثالث يوم على أن تزاد تدريجيا، بحيث لا يحدث للمريض قشعريرة أو ارتفاع فى الحرارة أو ضعف بالجسم . وإذا صادف وتأثر المريض من الحقنة الأولى فعلينا أن ننقص من مقدار الحقنة التالية .

(٣) أدوية من شأنها رفع درجة حرارة المريض — استعملت فى السنوات الأخيرة طريقة حقن المريض بأدوية من شأنها رفع درجة حرارته الى (٤٠° أو ٤١° سنتجراد) ، ولما كان ميكروب السيلان يموت فى درجة (٣٨° أو ٣٩° سنتيجراد) على الأكثر، كان من المعقول نظريا رفع درجة حرارة الجسم الى (٤٠° أو ٤١° سنتيجراد) بقصد التغلب على الجونوكوك. غير أن الأدوية المستعملة لهذا الغرض لا تفى بالمطلوب لأنها ترفع درجة حرارة الجسم مدة نصف ساعة على الأكثر، وبعد ذلك يرجع الجسم إلى حالته الطبيعية، ثم هى من الوجهة العملية لا تنقص كمية الإفراز إلا فى اليوم التالى، ثم هو يعود كما كان فى اليوم الثالث . ومع ذلك فاستعمال هذه الأدوية لا يخلو من فائدة، وعندى أنه يقصر فترة الإصابة الى درجة ما . والحقن المستعملة لهذا الغرض فى الأسواق هى حقن الأولان بمقدار (١٠ سم^3)، وهى مصنوعة من اللبن (وقد يستعمل الأطباء لبنا مغليا بعد إزالة القشطة لهذا الغرض كما يستعمله أطباء الرمد بكثرة فى حالات تقرحات القرنية والتهابات الملتحمة)، وكذا حقن الكازين ياترين من (١ — ٥ سم^3) وجميعها تحقن فى العضل وتستعمل خاصة فى التهابات السيلان الرحمية فى النساء . وتوجد حقن تجمع بين الفاكسين والياترين (Yatrene) وتستعمل لهذا الغرض مثل حقن الجونوياترين، تبدأ من (٢٥ مليونا) من الجونوكوك ثم تزاد الى (٤٠٠ مليون) فى الحقنة السادسة، وكلها تحقن فى العضل بمعدّل حقنة كل ثالث يوم، ويصح استعمال الجونوياترين فى الوريد حيث يحدث فى كثير من المرضى قشعريرة وارتفاعا شديدا فى الحرارة مدّة تتراوح بين النصف الساعة والساعتين .

وقد لاحظت بعضا من المرضى حضروا إلىّ وبهم إفراز سيلانى حاد بالمجرى، كما أنهم أصيبوا بحميات مختلفة، وكانت ترتفع الحرارة فى بعض الأيام الى (٤١° سنتيجراد)،

وقد مر بهم دور الحمى ولم يعمل لهم علاج موضعى أو عام، وقد أجريت الكشف عليهم عقب الشفاء من الحمى فتبين لى أنهم شفوا تماما من السيلان الحاد، ولم أصادف ذلك مع مريض فى حالة السيلان المزمن .

فإنى أعتقد لذلك أن ارتفاع درجة حرارة المريض الى أكثر من (٣٩° سنتيجراد) بضعة أيام هى فى الأكثر كفيلة بشفائه من السيلان الحاد ، والسبب فى عدم حصول ذلك فى إصابات السيلان المزمن هو — على ما أعتقد — وجود الميكروبات المصاحبة للجونوكوك ، وفى بعضها قوة مقاومة درجة حرارة تبلغ (٤٠° سنتيجراد) .

وقد جرب الأولان حقنا مصغرة فى الجلد (Intradermal) ووجد أنه بهذه الطريقة يزيد فى قوة مفعول فاكسين الجونوكوك .

(٤) أدوية مطهرة وقاتلة لميكروب السيلان — تستعمل عدّة أدوية فى شكل حقن تعطى فى الوريد بقصد التغلب على ميكروب السيلان فى الدورة الدموية، وهذه الطريقة قد تكون مفيدة إذا لم يتأثر جسم المريض بهذه الأدوية. على أنه من الوجهة العملية العلاجية لايحتاج دور العلاج الى الكميات الكبيرة التى يصح أن تسبب ضررا للمريض . والحقن المستعملة لهذا الغرض هى تريبافلافين محلول (½٪ و ٢٪) فى أنابيب تسع الواحدة منها خمسة سنتيميرات وعشرة، وكذلك حقن الجونوكيور بنفس النسبة والمقدار ، وكذلك حقن الجوناكرين وجميعها تحقن فى الوريد . وقد ذكر بعض الألمان فوائد مدهشة لاستعمال التريبافلافين ، وذهب بعضهم الى أنه يمكن الاستغناء به عن العلاج الموضعى حيث يحقن المريض بمقدار (٥ سم٣) أو (١٠ سم٣) فى الوريد بنسبة (٢٪) من التريبافلافين أو الجونوكيور أو الجوناكرين، وتكرر الحقنة كل ثالث يوم، ويستعمل عشر حقن لهذا الغرض . وهذه الحقن تفرزها الكليتان بسرعة فيتلون البول بلون أخضر قابل للصفرة، لذلك يرغب كثير من المرضى فى استعماله بسبب تلون البول، على أن بعضا من المرضى يشعر بميل الى القىء، بينما البعض الآخر يقىء فعلا عقب الحقنة مباشرة، كما أن كثرة الاستعمال تسبب اسوداد جلد اليدين والوجه، ويشير مصنع باير باستعمال

مقدار (٠,٣ جرام فى برشامة) من الريزورسين (Resorcin) قبل الحقنة بوقت قصير ليمنع التأثيرات السيئة المذكورة .

و إنى شخصيا لا أنكر فائدة التريبافلافين أو الجونوكيور ، ولكنى لا أعتمد عليها كل الاعتماد فى العلاج ،وأرى أنها مثل أنواع الحقن الأخرى كالفاكسين ،والأولان لها ميزتها المحدودة . وقد لاحظت أن إفراز السيلان الحاد وتحت الحاد يقلل فعلا أثر استعمال هذه الحقن ،وذلك مع استعمال العلاج الموضعى ،أما فى حالات السيلان المزمن فمفعولها أقل تأثيرا منه فى السيلان الحاد .

(٥) استعمال حقن أخرى — استعملت أخيرا مركبات الكالسيوم مثل كالسيوم ساندوز فى حالات السيلان ، وخصوصا فى الأدوار تحت الحادة والمزمنة بقصد تخفيف شدّة الالتهابات فى مجرى البول والبروستاتا ، وتأثيرها لا يزال عندى تحت الاختبار . و إننا نستعمل الحقن المحتوية على اليود والكبريت مثل حقن تيودين والكنترامين فى الإصابات المزمنة بقصد المساعدة على امتصاص الألياف والمواد الالتهابية ، وخصوصا فى البروستاتا والحويصلات المنوية وفى التهاب المفاصل السيلانى المزمن ، وتعطى جميعها فى العضل حقنة كل ثالث يوم . ونستعمل فى المضاعفات الحادة مثل التهاب البربخ والمفاصل حقن كمبليجون (Compligon) مقدار (١ سم^{3}) فى العضل حقنة كل ثالث يوم ، ويكتفى بأربع حقن أو ست ، و بالمثل فى حقن أرثيجون فى التهاب المفاصل .

هذه هى طرق العلاج العام المختلفة المستعملة فى شكل حقن فى علاج السيلان ، ولا يغرب عن البال أن العلاج العام يشمل استعمال أدوية مطهرة للبول عن طريق الفم مثل يروتروبين وهلميتول وزرقة الميثلين ونيوتروبين وكبروكول (Coprokol) وغيرها ، وقد ذكرت الأدوية المذكورة عند شرح السيلان الحاد ومضاعفات السيلان ، ويجب على المريض أن يلاحظ الابتعاد عن مباشرة النساء فى جميع أدوار السيلان ، وليعلم أن التهاب البروستاتا والحويصلات المنوية على وجه خاص يتأثر بهذه العملية ، و إذا شكا المريض من شدّة انتصاب العضو وخصوصا فى المساء فيمكنه

أن يأخذ عند النوم برشامه من مونو برومات الكافور (Camphor Monobromate) بمقـدار (٣٠,٠ جرام) ، كما يجب عليه أن يبتعد عن ركوب الخيل، والقفز العالى، والمجهود الجسمانى ، وعدم التعرض للرطوبة ، وعدم تعاطى المواد الحريفة ، لأنها تسبب احتقانا فى أعضاء التناسل، كذلك عليه أن يتجنب المشروبات الروحية لأنها تهيج الكلية وتعرضها للاصابة بالسيلان ، وأن يقلل كذلك من استعمال اللحوم ، كما يجب عليه أن يعالج الإمساك بملينات .

(ب) العلاج الموضعى — ينحصر العلاج الموضعى فى اتباع بعض الطرق الآتية أو كلها :

(١) تطهير مجرى البول من المواد الالتهابية التى تفرزها الغـدد الموجودة ، وذلك بإحدى الطرق الآتية : (أ) غسول كلى لمجرى البول والمثانة . (ب) تقطير الأدوية بالمجرى . (حـ) استعمال لبوسات لمجرى البول .

(٢) تدليك الغدد المتعلقة بمجرى البول بقصد إخراج الإفرازات الموجودة بها .

(٣) توسيع مجرى البول وذلك لما يأتى : (أ) تفتح النقط الملتهبة للمساعدة على إخراج إفرازها وسرعة التحامها . (ب) الوقاية والاحتياط من حصول ضيق أو زيادة الرشح الصلب . (حـ) علاج ضيق المجرى .

(٤) مس النقط الملتهبة أو الغـدد أو الأكياس الموجودة فى مجرى البـول بمنظار مجرى البول الأمامى والخلفى .

(٥) امتصاص الافرازات القيحية الموجودة بالمجـرى والمساعدة على تنشيط الدورة الدموية فى مجرى البول .

(٦) العلاج برفع درجة حرارة المجرى والغدد .

(٧) العلاج بطرق كهربائية أخرى .

وربما يتساءل القارئ عما إذا كان من الضرورى استعمال هـذه الطرق كلها فى علاج المريض المصاب بسيلان مزمن أولا ؟ ونجيبه على هـذا بأنه ليس ذلك من الضرورى، وإنما ذكرت هذه الطرق كلها لأن العلاج فى أى حالة من الحالات

المزمنة لايتعدّى النقط المذكورة . وعلى الطبيب المعالج اختيار العلاج المناسب بعد تشخيص موضع المرض تشخيصا دقيقا . فمثلا المريض المصاب بسيلان مزمن والذى يدل فحصه على أن سبب الإصابة وجود كيس قيحى فى إحدى غدد ليتر يعالج بتدليك موضع الغـدّة المذكورة وعمل غسول للمجرى وفحصها بالمنظار ومسها أوكيها من خلاله ، إذا استوجب الحال ذلك . وسنشرح كلا من هـذه الطرق بإسهاب :

(١) تطهير مجرى البول — من المهم جدّا تطهير مجرى البول من المواد والافرازات الالتهابية العالقة به ، وخير طريقة لذلك فى الحالات المزمنة الغسول العالى (High Lavage) حيث تغسل المثانة ومجرى البول باحدى المحاليل المطهرة والقاتلة للميكروبات المسببة للواد الالتهابية ، والأدوية المستعملة لذلك هى : محلول برمنجنات البوتاسيوم أو برمنجنات الزنك (١/٤٠٠٠) ، ومحلول ميركيوروكروم (١/٢٠٠٠) ، وأكسسيانور الزئبق (١/٤٠٠٠) ، ومحلول ريڤانول (١/١٠٠) ، والبرجين (١/١٠٠٠) ، ومحـلول نترات الفضه (١/٥٠٠) .

ويستعمل الغسول على وجه خاص فى الحالات الآتية :

(١) بعـد إجراء عملية تدليك الغـدد المتعلقة بالمجرى مثـل غدد ليتر وكوپر والبروستاتا والحويصلات المنوية .

(٢) بعد توسيع مجرى البول بموسع مثل كولمـان أو بنيكى (Benique) .

(٣) بعـد فتح أكياس أو خراجات داخل المجـرى بآلات من خلال منظار مجرى البول .

ويلاحظ عدم الاكثار من الغسيل بدون مبرر ، ولقد صادفت مرضى يكثرون من الغسول العالى ويجعلونه تحت ضغط شديد ، وذلك برفع الرشاشة الى علو كبير ، فتكون النتيجة ظهور مضاعفات شديدة مثل التهاب البربخ والخصية والمثانة ، لذلك يجب ألا يكون الغسول أعلى من مكان الجلوس بأكثر من (٣ — ٤ أقدام) كما يجب ألا يغسل المريض بأكثر من لترين من المحلول فى كل دفعة .

ومن الطرق الأخرى المستعملة لتطهير المجرى طريقة التقطير ، وذلك بأن يحقن المجرى من خلال قسطرة بمقدار يتفاوت بين (½ و ١٠ سم٣) من المحاليل المختلفة ، وهذه الطريقة تستعمل على وجه خاص فى حالة التهاب البروستاتا حيث يستعمل الطبيب قسطرة التزمان السابق ذكرها ، وتحقن البروستاتا بمقدار (½سم٣) من محلول نترات الفضة (١./.) أو (٢ سم٣) من محلول الميركيوروكروم (١./.) . ويصح أن تستعمل طريقة التقطير لتطهير مجرى البول على العموم ، وذلك بحقن المجرى . بإحدى المحاليل السابقة الذكر ، وعند استعمال هذه الطريقة يضغط المريض فتحة المجرى بيده ويحفظ السائل بالمجرى مدّة تختلف بين دقيقتين وربع ساعة .

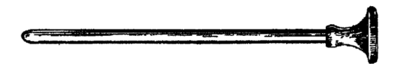
والطريقة الثالثة المستعملة لتطهير المجرى هى طريقة إدخال أقلام من مركبات فضية تذوب بمجرّد إدخالها فى المجرى ، ومن أمثلة هذه الأقلام بالليدول (pellidol) وهيجونون (Hegonon) وبارتارجون (partagon) (تحتوى على (٢./.) من نترات الفضة) . وتستعمل هذه الأقلام خاصة فى حالة عدم تمكن المريض من إجراء غسول مطهر لمجرى البول ، كأن يكون على سفر أو فى محل عمل لا يسمح له باستعمال الغسيل ، وإنى شخصيا لا أميل الى استعمال هذه الأقلام لأن فائدتها محدودة فضلا عن أنها تسبب أحيانا تهييجا للمجرى ، كما أن فائدتها لا تتعدّى الجزء الأمامى من مجرى البول .

(٢) تدليك الغدد المتعلقة بمجرى البول :

(أوّلا) غدد ليتر وجيوب مرجانى (Littre's Glands and Lacunae of Morgagni) — تكثر هذه الغدد والجيوب فى الجزء الأمامى لمجرى البول ، وتلتهب فى عدوى السيلان وتكون سببا فى إزمان المرض ، نظرا لاختفاء الميكروب بها ، لذلك يعتبر علاج هذه الغدد من أهم الاعتبارات فى علاج حالات السيلان المزمن ، وتعالج بالتدليك المباشر عليها فى حالة التهابها اذا لم يكن الالتهاب مصحوبا بانسداد فتحاتها . أما اذا كانت الفتحات مسدودة فان تدليكها لا يفيد كثيرا ، وفى هذه الحالة تعالج بواسطة منظار المجرى ، لذلك يجب على الطبيب قبل إجراء

التدليك لها أن يتأكد من فتح قنواتها وإلا كان علاجه بهذه الطريقة لا فائدة منه، وبطبيعة الحال يتيسر له ذلك بمنظار مجرى البول .

ولتدليك هـذه الغدد يجب أن يغسل الطبيب مجرى البول بإحدى المطهرات العـديدة السابق ذكرها مثل برمنجنات البوتاسيوم أو الريڤانول ، وأن يملأ المثانة بمحلول غير ملوّن مثل إكسسيانور الزئبق ($\frac{1}{5000}$) ، وأن يدخل فى مجرى البول أكبر موسع مستقيم يسمح المجرى بادخاله (انظر الشكل) .

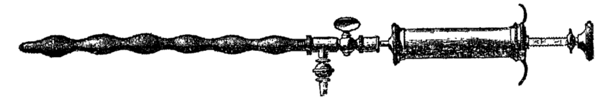


موسع مستقيم مختلف الحجم لمجرى البول الأمامى

بعد ذلك نجرى تدليكا خفيفا من خارج المجرى على الموسع المذكور بحيث يكون بانتظام من الأمام الى الخلف حتى لا يترك جزء بدون تدليك، ثم نخرج الموسع المذكور ونأمر المريض بأن يبول المحلول الموجود بالمثانة ليتيسر للطبيب أن يرى المواد الالتهابية العالقة بالمحلول بعد التدليك ، ويكفى أن نكرر هذه العملية مرة كل أربعة أيام أو خمسة، وترى محتويات غدد ليتر معلقة فى المحلول فى شكل حرف (6).

وقد اخترعت وسائل عدّة خلاف الموسعات المستقيمة لإجراء تدليك الغدد المذكورة، أذكر منها مدلك جانيت ، وهو يتكوّن من أنبوبة معدنية ضيقة بها ثقب قرب نهايتها ، وفى النهاية الأخرى حنفيتان تتصل إحداها بحقنة ذات رفاس ، ويكسو الأنبوبة المعدنية أنبوبة من المطاط ذات انتفاخات زيتونية منتظمة كما فى الشكل، ويمكن بواسطة الحقنة المتصلة بالحنفية ملء الغطاء المطاط بالماء ، وبضغط الحقنة تتسع الانتفاخات كما أن شدها إلى الخلف يسبب تقلصها، ويمكن على هـذا النحو إجراء عمليـة توسيع وانقباض فى المجرى ، كما يمكن تحريك المدلك أثناء انتفاخ الأجزاء الزيتونية ، وتكون نتيجة ذلك تدليك الغـدد المتعلقة بالمجرى . ولما كان الغطاء من المطاط فهو لا يحدث عادة ضررا من التهاب أو نزيف فى المجرى بسبب استعمال الآلة المذكورة .

وهناك أجهزة أخرى مثل مماص ميل (Mills' Aspirator) تستعمل فى امتصاص المواد الالتهابية من مجرى البول، وإنى شخصيا أفضل التدليك البسيط على الموسعات،



مدلك جانيت لمجرى البول (Janet's Urethral Masseur)

لذلك لا أجد داعيا لشرح الطرق الأخرى . ويجب ملاحظة عدم إجراء تدليك لغدد ليتر إذا شكا المريض من وجود إفراز تقيحى ظاهر من مجرى البول ، لأن التدليك فى هذه الحالة قد يسبب عدوى غدد سليمة .

(ثانيا) تدليك غدّتى كوبر — ذكرت موضوع غدّتى كوبر عند شرح طريقة تدليك الغدّتين المذكورتين، ونظرا لأهميتهما من الوجهة العلاجية أشرح طريقة علاجهما بإسهاب زيادة فى الفائدة :

تدلك غدّتى كوبر إذا أصيبتا بالسيلان فى غير الدور الحاد، وفيما إذا سببت الاصابة خروج إفراز فى مجرى البول ، ويجب على الدوام فحصها لأن المريض لا يشعر فى معظم الأحوال بإصابتها ، وقبل التدليك يجب أن يغسل مجرى البول بمحلول برمنجنات البوتاسيوم ($\frac{1}{5000}$)، ثم نملأ المثانة بمحلول بوريك مخفف ، ولتدليكها يجب أن يستلقى المريض على ظهره على وسادة حجرة العمليات، ثم يثنى ركبتيه و يفصلهما بعضهما عن بعض ، بعد ذلك يلبس الطبيب فى يده اليمنى قفازا من الجلد ويدخل السبابة اليمنى فى الشرج بحيث يكون باطن الأصبع مشيرا الى أعلى ، ثم يضغط على العجان ببطن الإبهام اليمنى فى نفس الوقت الذى يضغط فيه بالسبابة الى أعلى، ويكون ذلك على جانبى الخط المتوسط للعجان . فاذا شعر الطبيب بتضخم فى إحدى الغدّتين يضغط ضغطا خفيفا عليها عدّة مرات، ثم ينتقل الى الغدّة الأخرى ويجرى فيها العمل نفسه؛ ثم يخرج الطبيب أصبعه من الشرج . وبعد ذلك يفحص

الطبيب فتحة مجرى البول عله يعثر فيها على إفراز نتيجة تدليك هذه الغدد، ثم يبول المريض فى كأسين، فاذا ظهر فى الكأس الأولى خيـوط أو إفرازات التهابية دل ذلك على إصابة غدّتى كوبر، ويصبح التدليك من ألزم طرق علاجها، أما إذا لم يظهر إفراز بعد تدليكها دل هذا على أن الغدّة المذكورة ليست فى حاجة إلى هذا النوع من العلاج. على أنه إذا شعر المريض بألم شديد عند الضغط على هذه الغدد، وظهر للطبيب أنها متضخمة ولم يظهر إفراز عند تدليكها، دل ذلك على أن فتحة الغدد ملتهبة مسدودة، ولا يفيد التدليك فى علاجها، بل يجب إما فتحها أو إزالتها جراحيا. ومما تجب ملاحظته توجيه التدليك إلى غدّتى كوبر لا إلى البروستاتا، لأن الخطأ فى هذه الحالة يغـير سير العلاج، إذ يسبب إغفال علاج غدّة ملتهبة ويشـير إلى علاج غدّة ربمـا لا تكون لها علاقة بالإصابة. والتهـاب غدّتى كوبر كثيرا ما لا يعنى به بعض الأطباء المعالجين، وإنى أنصح بضرورة فحص هاتين الغدّتين، فقـد تكون إحداهما أو هما معا فى كثير من الأحوال موضع الإصابة فى حالة إفراز الصباح.

(ثالثـا) تدليـك البروستاتا ــــ تصـاب البروستاتا بالإلتهاب السـيلانى فى معظم حالات السـيلان المزمنة فى مجرى البول، لذلك يجب على الدوام فحصها للتأكد من حالتها أثناء الإصابة، ويعتبر تدليك البروستاتا من ألزم طرق علاج هذه الغدّة وأكثرها فائدة، لذلك يجب أن توجه اليها العناية كلها للوصول الى الشفاء. ويجب أن نبـدأ بغسيل مجرى البول بمحـلول أكسسيانور الزئبق، ثم نغسل المثانة ونملأها بنفس المحلول، ثم نطلب من المريض إما النوم على جانبه وأن يثنى ركبتيه وإما أن يركع؛ ثم يدخل الطبيب سبابته اليمنى فى الشرج ويبدأ فى تدليك البروستاتا بالضغط عليها فى شكل خطوط من أعلى الى أسفل، حتى لا يترك جزءا بدون تدليك، ويجب أن يكون التدليك على أشدّ ما يمكن أن يتحمله المريض دون أن يشعر بألم، ويلاحظ وجوب وصول الأصبع الى الحـدّ الأعلى للبروستاتا، كما يلاحظ تمييز الحويصلات المنوية عنها. بعد ذلك يبول المريض فى أربع كئوس حتى يتعرف

إفراز البروستاتا وما يحتوى عليه من مواد التهابية، ويمكن تحليل هذه المواد للتأكد من معرفة الميكروبات الموجودة بها والمسببة للافرازات القيحية .

ولكى يكون التدليك وافيا بالغرض من حيث إخراج الافرازات بالبروستاتا يجب أن نتأكد من انفتاح قنوات البروستاتا ، ولذلك فإنى أفضل دائما توسيع المجرى أولا إما بموسع كولمان الخلفى أو بموسع بنيكى، على أن نستعمل منه أكبر درجة تسمح المجرى بإدخالها . وفى الوقت الذى نشرع فيه بالتوسيع تدلك البروستاتا من الشرج . (سبق أن شرحت ذلك فى التهاب البروستاتا) .

بهذه الطريقة تتضاعف فائدة التدليك . وقد جربت هذه الطريقة فى حالات عدّة مزمنة فحصلت معها على نتائج ناجحة من حيث سرعة شفاء البروستاتا . وهناك طرق أخرى لتدليك البروستاتا غير التدليك بالأصبع، منها تدليكها بواسطة مدلكات معدنية، وذلك على الأخص فى المرضى البدن، ولكن هذه المدلكات لا تمتاز عن أصبع الطبيب كما أن العلاج بها يسير على غير هدى .

ويستعمل بعض الأطباء التدليك بالتيار الجلفانى أو الفارادى (Galvanic or faradic current) ، وذلك بتوصيل القطب الإيجابى بيد معدنية يدخلها الطبيب فى الشرج، ويوضع القطب السلبى على البطن ، ويتصل القطبان بجهاز البانتوستات ، وعند تمرير التيار يشعر المريض عند تحريك القطب الإيجابى بتنبه كهربائى بالشرج؛ وهذه الطريقة رغم عدم سهولتها فإنها لا تفى بالغرض ، ويجب أن يستعمل الطبيب الأصبع أولا حتى يشعر بحالة البروستاتا تماما ويعرف البقع الملتهبة، كما يمكنه أن يلاحظ التحسن الذى يطرأ عليها بالعلاج . وقد يتألم بعض المرضى من تدليك البروستاتا بالأصبع وخصوصا فى المرات الأولى من العلاج ، وهؤلاء يجب أن يتدرّج معهم الطبيب فى مباشرة التدليك بحيث يكون الضغط خفيفا فى بادئ الأمر، ثم يزداد تدريجيا عقب كل مرة .

(رابعا) تدليك الحويصلات المنوية — تدلك الحويصلات المنوية فى جميع حالات التهاب المجرى الخلفى كما تدلك البروستاتا ، ويعتبر تدليكها من

الوجوب بمكان نظرا لضروة لفحص محتوياتها ولمعرفة درجه إصابتها، لما لذلك من التأثير على الحيوانات المنـوية الموجودة بهـا ، ويتبع فى تدليكها نفس الخطوات المتبعة فى تدليك البروستاتا، وذلك بغسل مجرى البول بمحلول مطهر مثل أكسسيانور الزئبق ($\frac{1}{4000}$) وملء المثانة منـه أو بمحلول البوريك المخفف . بعـد ذلك تدلك الحويصلات من الشرج بنفس الطريقه التى تدلك بها البروستاتا؛ غير أنها بالنسبة لعلو موقعها وبعدها عن فتحة الشرج وقصر السبابة تحتاج إلى عناية كبرى. ويلاحظ أن الحويصلات المنوية تقع الى أعلى والى خلف الحدّ الأعلى للبروستاتا وعلى بعد نحو (١٢ سم^{٣}) من فتحة الشرج، لذلك يجب أن تدخل الأصبع الى أبعد ما يمكن الوصول اليه، ومن أجل هذه الصعوبة اخترع أحد الأطباء لبوسات معدنية تلبس على السبابة فتزيد فى طولها نحو أربعة سنتيمترات أو ستة، ويمكن استعمالها والاستعانة بها على تدليك الحويصلات المنوية، كما أن بعضهم اخترع مدلكات معدنية متنوّعة تستعمل فى تدليك الحويصلات، غير أنه كما ذكرت سابقا لا يوجد أفضل من أصبع الطبيب إذ به يتمكن من معرفة حالة كل جزء من الحويصلة، وهل بها أجزاء متضخمة أو لا، وهل هى ناعمة الملمس أو خشنة، ويجب أن يكون التدليك بكل حيطة لأن غشاء الحويصلات رفيع ومن السهل إحداث خرق به، أو إحداث تمزيق فى الشرج بسبب شـدّة الضغط؛ ويتسبب عن هـذا أو ذاك نزيف دموى للمريض، كما قد يصاب المريض بحمى أو بالتهاب فى الـبربخ . ولفحص محتـويات الحويصلات المنوية يبول المريض محـلول البوريك الموجود بالمثانة فى كأس، فيلاحظ تساقط محتـويات الحويصلات إلى أسـفل الكأس على شكل قطع لزجة تحتفظ بقوامها مدّة طويلة ، وكثيرا ما يصادف الطبيب حالات يكون فيها إفراز الحويصلات على شكل قطع متآكلة كبيرة وقد تكون ممزوجة بدم .

ومحتويات الحويصـلات الطبيعية خاليـة من الكرات القيحية أو الدموية ، لذلك يجب أن تفحص تلك المحتويات فى الحـالات المرضية لمعرفـة الميكروبات المسببة للالتهاب بهـا وكمية القيح الموجود . هـذا وقد يسبب السيلان فى بعض

الأحيان انسداد القناتين القاذفتين للمنى ، وفى هذه الحالة يصبح المريض عقيما بسبب عدم ظهور الحيوانات المنوية فى السائل المنوى الذى يتكوّن معظمه فى هذه الحالة من إفراز البروستاتا والغدد الموجودة بالمجرى مثل كوبر وليتر ، وفى حالة انسداد القناتين القاذفتين للمنى يتألم المريض من تدليك الحويصلات المنوية التى تكون ملتهبة ومتضخمة ، والتى لا يخرج منها إفراز فى البول ، وهذه حالة لا ينجح فيها العلاج الطبى ، والأمل فى علاجها بالطرق الجراحية — مثل محاولة فتح القناة بواسطة سلك رفيع يمر من داخل منظار مجرى البول الخلفى الى فتحتى القناتين — كذلك ضعيف . ويجب أن نلاحظ أنه ليس من الضرورى فى الحالات العادية غير المصحوبة بانسداد القناتين المذكورتين أن يظهر إفراز كثير فى البول الأوّل عقب التدليك حيث تتخلف بعض محتويات الحويصلتين فى القناتين القاذفتين للمنى ، وتظهر فى بول المريض فى المرّة الثانية أو الثالثة عقب التدليك .

هذا ويلاحظ تدليك الحويصلات مرات كافية حتى تطهر تماما من الجونوكوك أو الافرازات القيحية ، وذلك باستمرار العلاج حتى يخلو البول من العكارة أو القطع الملتهبة ، فى حالة التهاب الحويصلة . وإذا فرض وأظهر تحليل الفلم العادى أن الإفراز خلو من الجونوكوك والكرات القيحية ، فيجب التأكد من ذلك بعمل مزرعة من إفراز الحويصلات على أجار دموى ، للتأكد من خلوها من الجونوكوك ، كما يمكن عمل مزرعة من المنى للغرض نفسه . ولما كانت الحويصلات المنوية تخزن الحيوانات المنوية ، لذلك يجب أن نوجه إليها إهتماما كبيرا فى حالات السيلان المزمن ، ونلجأ لتحليل المنى فى فترات مختلفة للتأكد من حالته من حيث كونه حمضيا أو قلويا (الطبيعى قلوى) ومن كميته ، وحالة الحيوانات المنوية فيه وهل هى حيه أم ميتة ، كثيرة أم قليله ، كثيرة الحركة أم بطيئة ؛ كما يبحث على وجه الخصوص عن الكرات القيحية وكميتها فى المنى ، لأنه طالما توجد كرات قيحية فى المنى ففى الأكثر تصاب السيدة بالتهاب رحمى شديد أو ضعيف ، حسب كمية القيح الموجودة والميكروبات المسببة لها ، وإذا علمنا أن انسداد القناتين القاذفتين

للنى فى الرجال يسبب العقم وأنه يتسبب عن إصابة سـيلان مزمن أهمل علاجه ، وكما إذا علمنا أيضا أن انسداد البوقين فى السيدات يكون عن هذا السبب نفسه وأن نتيجته عقمهن ، شعرنا بالواجب الإنسانى الذى يدفعنا لمنع الخطر الذى يهدد المريض بحرمانه من النسل ، وشـعرنا أنه واجب علينا ألا نهمل فى علاج حالة مصابة من هذا القبيل .

(٣) توسيع مجرى البول :

ملاحظات عامة ـــ يوسع مجرى البـول فى معظم حالات السيلان المزمن بقصد تفتيح قنوات ليتر أو جيوب مرجانى ، كما يعمل التوسـيع بقصد تعريض أجزاء من المجرى كانت مختبئة بين ثنايا المجرى ولا تصل اليها المحاليل بسهولة ، وخصوصا البقع الملتهبة التى تحوطها حافة ملتهبة فى محاذاة سطح المجرى ، بينما يكون القعر غائرا فى الطبقة تحت الغشائية . وبطبيعة الحـال يبدأ بعمل التوسيع عند وجود مبادئ ضيق فى المجرى أو عند حصول ضيق بها ، و بودى أن أشير هنا الى نقطة لها قيمتها وهى أن عملية التوسيع يجب ألا تقتصر فائدتها على حالات الضيق كما يظن الكثيرون ، و يجب أن نذكر مزايا هذه العملية من حيث العلاج الوقائى ضد الضيق . و يذهب بعض الاخصائيين ، مثل بنيكى ، إلى أن التوسيع يشفى جميع حالات التهاب المجرى المزمن ، كما اتفق جميعهم على الفائدة العظمى للتوسيع فى شفاء حالات السيلان المزمن .

و يشترط فى عمـل التوسيع ألا يعمل فى أدوار المرض الحـادة ، كما يجب أن نقف عنه فى حالة وجود تمزق فى الغشاء المخاطى لمجرى البول ، و يجب البدء فى التوسيع عقب اختفاء الإفرازات القيحية من المجرى ، وما دمنا نرى القيح فى الكأس الأولى عند ما يبول المريض فى ثلاث كؤوس فلا يصح عمل التوسيع ، وعلى العموم فانه يصح عمل التوسيع إذا كان البول فى الكأسين الأولى والثانية صافيا نسبيا ، و يجب أن يسبق التوسيع فحص حالة غشاء المجـرى ، إما بإدخال بوجيه زيتونى النهـاية حتى يمكن كشف البقع الملتهبة ، أو أجزاء الضيق بالمجرى إن وجدت ، أو بمنظار مجرى البول حتى يمكن مشاهدة حالة المجرى ، وخصوصا مع النفخ الهوائى ، إذ به يمكن اختبار

البقع القليلة المرونة بسبب الارتشاح المرضى ، فلا تتمدد تلك البقع عند النفخ، كما يحصل فى الأجزاء السليمة الحافظة لمرونتها الطبيعية، ولما كانت طرق توسيع المجرى واحدة، سواء كان الغرض تفتح البقع الملتهبة أو إجراء توسيع فى جزء ضيق بالمجرى ، فسأشرح طرق التوسيع دفعة واحدة على أن يكون تطبيق العمل بها فى الحالات المختارة حسب نوع إصابتها .

مقياس قطر مجرى البول لمعرفة درجة توسيعه — كلنا نعلم — كما لا يخفى — أن فتحة مجرى البول جزء ضيق بالنسبة للمجرى، وقد يكون فى بعض المرضى ضيقا الى درجة لا تسمح بادخال موسع عادى رفيع ، وقد تكون واسعة فى أشخاص كثيرين إلى درجة يمكن معها إدخال أكبر موسع بسهولة فيها، من أجل ذلك يجب قبل البدء فى التوسيع اجراء قياس لفتحة المجرى ، ويعمل ذلك بمقياس أوتيس للمجرى (Otis urethrometer) وهو مركب من أسطوانة معدنية ذات



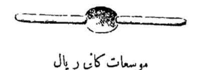
مقياس أوتيس للمجرى (Otis urethrometer)

نهاية مستطيلة يمكن توسيعها بادارة يد معدنية كما فى الشكل، ويتصل باليد عقرب تحرّك على مقياس مدرج ويمكن به قراءة درجة وسع المجرى من الفتحة .

توسيع فتحة المجرى — فى حالات الفتحات الضيقة لمجرى البول يجب أن نعمل لها توسيعا حتى يتيسر إدخال الموسعات الى المجرى بسهولة ، وقد يضطر الطبيب الى عمل قطع بها بالجهاز القاطع لفتحة المجرى (Meatome) . وسأشرح كلتا الطريقتين :

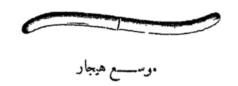
(أوّلا) طريقة توسيع فتحة مجرى البول — يمكن توسيع فتحة مجرى البول بواسطة موسعات "كانى ريال" (Canny Ryall's meatal Dilators) المعدنية ، وهى تتركب — كما يرى فى الشكل — من أسطوانات معدنية قصيرة مختلفة الحجم ومدرّجة من (١٠ الى ٢٩ على التقدير الفرنسى)، فنبدأ بادخال أصغر حجم

تسمح فتحة المجرى بادخاله ، ويترك بالمجرى نحو عشر دقائق أو ربع ساعة على الأكثر، ويكتفى باستعمال موسعين فى كل جلسة، على أن تكرر ثلاث مرات فى الأسبوع، وفى كل مرة نبـدأ بالرقم الذى انتهى عنـده التوسيع فى المرة السابقـة ، وتوقف عملية التوسيع اذا وصلنا الى توسـيع فتحة المجرى إلى درجة تسمح بإدخال درجة (٢٤ أو ٢٦) من مقياس منظار مجرى البول .



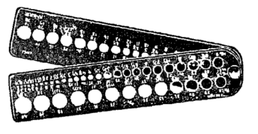
موسعات كانى ريال

واذا لم يتـوفر وجود موسـعات كانى ريال بالمستشـفى فيمكن الاستعاضة عنها بموسـعات هيجار المستعملة فى توسيع عنق الرحم ، وقد استعنت مرة بهذه



موسـع هيجار

الموسعات فى توسيع قناة مجرى البول لمريض ، وكانت الفتحة ضـيقة إلى درجة لا يمكن معها إدخال أصـغر رقم من الموسعات الأخرى ، فجربت من موسـعات هيجار رقمى (١ و ٢) وبذا تمكنت من بدء عمليـة التوسيع ، ولمعرفة مقاس الموسع يسـتعمل المقياس المعدنى المرسـوم فى أسفل هـذه الصفحة، وهو يحتـوى على مقاسات فرنسية وانجليزية وأمريكية، وبمقارنة الموسع بالحجم المقابل له فى المقياس يتيسر لنا معرفة وسعه .



مقياس معدنى لتقدير وسع الموسعات

(ثانيــا) طريقة شق فتحة المجرى بقصد توسيعها — تستعمل هذه الطريقة، وهى عمل شــق جراحى فى فتحة المجرى بقصد توسيعها، إذا أريد إجراء التوسيع المذكور فى بضع ثوان . وهــذه العملية سهلة فى ذاتها ، ولكنها مصحوبة بشىء من الألم ، وفى بعض الأحيــان يصحبها نزيف دموى خفيف . والطريقة المستعملة فى عمــل الشق المذكور فى الفتحة هى اســتعمال الجهــاز القاطع المسمى (Meatome) ، وهو كما يرى فى الشــكل يتكوّن من يد معدنية متصــل بإحدى نهايتها سلاحان : أحدهما حاد، والآخر غير حاد . وفى حالة عدم الاســتعمال ينطبقان على بعضهما، وهذان السلاحان متصلان من جهة اليد برافعة معدنية يمكن بالضغط عليها إبعاد أحد السلاحين عن الآخر، وبذا يحصل القطع المطلوب حيث يغور السلاح الحاد فى الأغشية فيقطعها .



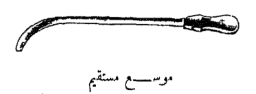
قاطع فتحة مجرى البول بقصد توسيعها

وطريقة الاســتعمال هى أن تنظف فتحة المجرى بواســطة غسلها بمحلول أكسسيانور الزئبق، وبعد ذلك يحضر الجهاز بعد غليانه مدّة كافية لتعقيمه ، ويبدأ بادخال السلاحين وهما منطبقان على شريطة أن يدخلا فى الفتحة إلى ثلاثة سنتيمترات أو أربعة فى المجرى، بعد ذلك نضغط على الرافعة (١) الى أسفل فيفترق السلاحان، ثم نجذب الجهاز ببطء الى الخارج ، بحيث يكون اتجاه الســلاح الحاد الى أســفل وفى الوسط فيقطع الأغشــية عند خروجه . وبذلك يحصــل القطع المطلوب فاذا عملت هذه العملية باعتناء فإن القطع يتوسط الفتحة من أســفل ، ولا يظهر نزيف يذكر؛ وفى حالة حدوث نزيف يمكن إيقافه بوضع قطعة من القطن المبللة بمحلول الأدرنالين ($\frac{1}{1000}$) مدة بضع دقائق ، ويجب وضع قطعة معقمة من السابرى بين فتحتى الجرح حتى لا يلتئم فى اليوم الثانى .

بعد توسيع فتحة مجرى البول توسيعا يسمح بإدخال موسع فرنسى (رقم ٢٤) يبدأ بإجراء توسيع لمجرى البول بإحدى طريقتين : الأولى بالموسعات المعدنية المدرّجة. والثانية بطريقة التوسيع السريع بمثل موسعات كولمان أو أوبرلاندر. ويستحسن دائما بدأ التوسيع بموسعات معدنية مدرجة ، بحيث يبدأ بأكبر حجم تسمح المجرى بإدخاله فيها، ويزداد تدريجا حتى يصل الى أكبر حجم ممكن؛ وبعد ذلك يستعمل موسع كولمان لإتمام عملية التوسيع اذا احتاج الأمر لذلك. ويجب أن يسبق استعمال موسع كولمان استعمال منظار مجرى البول عقب التوسيع بالموسعات المعدنية، حتى يعرف الطبيب مواقع الضيق أو الرشح، ودرجة احتياج المجرى للتوسيع السريع بعد ذلك . أما استعمال موسع كولمان من الابتداء دون سابق توسيع بالموسعات المعدنية المدرّجة ، أو دون سابق فحص بالمنظار عقب التوسيع البطىء فيعرّض المريض لحصول تمزقات فى المجرى بسبب عدم معرفة طبيعة المجرى ، من مثل وجود رشح رخو أو صلب فى بقع معينة، أو مبادئ ضيق فى بقع أخرى، مما يستوجب احتياطا خاصا فى التدرّج فى توسيع المجرى من درجة إلى أعلى منها . ويعزى السبب الأكبر فى حدوث تمزقات عند استعمال موسع كولمان إلى إهمال الاحتياطات المذكورة.

(١) توسيع مجرى البول بالموسعات المعدنية :

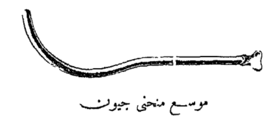
يوجد نوعان للموسعات : النوع المستقيم، والنوع المنحنى . أما النوع المستقيم الذى كان يستعمل سابقا بكثرة لهذا الغرض فقد تبين أنه لا يأتى بالفائدة المقصودة



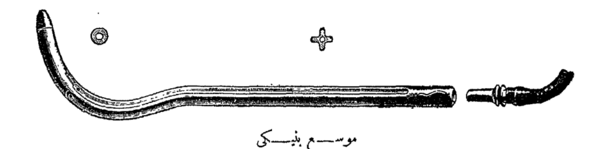
موسع مستقيم

من التوسيع لأنه بطبيعته المستقيمة لا يمكنه أن يتتبع انحناء المجرى من الوجهة التشريحية . لهذا السبب أهمل استعماله، ولا يستعمل بتاتا لهذا الغرض فى معظم عيادات المجارى البولية فى الوقت الحاضر. والمستعمل الآن الموسعات المنحنية

حيث يتبع انحناؤها انحناء مجرى البـول . ويوجد نوعان متشابهان لهـذا الغرض وهما موسعات جيون و بنيكى وهذه الموسعات المنحنية مدرّجة من رقم (٦ — ٣٢)



موســع منحنى جيون



موســـع بنيـــكى

مقياس فرنسى . ولمـا كان من الجائز وجود جيوب جانبية فى المجرى من شأنها تغيير مجرى الموســع عن المجرى الطبيعى ممـا قد يسبب تمزقا ونزيفا فى المجـرى ، لذلك يستحسن دائما البدء بإدخال بوجيهات من الصمغ المرن فى المجرى للتأكد من انتظام المجرى . وينصح بعض الأطباء بتركيب الموسعات المعدنية فى نهاية مجسات الصمغ المرن لتتبع تلك المجسات التى تعتبر كدليل لهـا فى المجرى . ولكنى شخصيا أكتفى

بوجيه من الصمغ المرن أسطوانى الشكل

بوجيه من الصمغ المرن ذو نهاية زيتونية

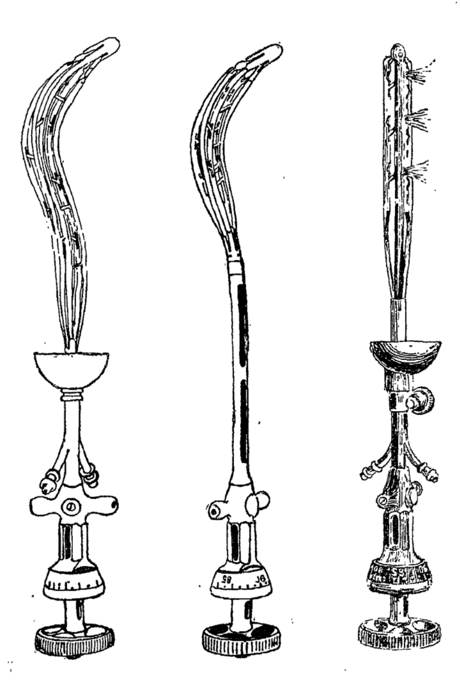
بوجيه من الصمغ المرن ذو نهاية مدببة (Filiform Bougie)

بإدخال الجسات الصمغية ذات النهـاية الزيتونيـة (acorn tipped Bougies) قبل إدخال الجسات المعدنيـة، ولا أرى ضرورة لتركيبها فيها . وفى حالة الشـك فى وجود طرق غير طبيعية بالمجرى يمكن استعمال منظار المجرى للتحقق من ذلك . والجسات الصمغية مختلفة الأحجام حيث تبدأ من حجم (١ — ١٢) مقياس انجليزى

طريقة استعمال الموسعات المعدنية المنحنية — يغسل مجرى البـول بمحلول مطهر مثل برمنجنات البوتاسـيوم ($\frac{١}{٥٠٠٠}$) وتملأ المثانة بمحلول أكسسيانور الزئبق ($\frac{١}{٤٠٠٠}$) أو محلول الميركيوروكروم ($\frac{١}{١٠٠٠}$)، بعد ذلك تنظف فتحة المجرى، و يستلق المريض على ظهره أو يجلس على منضدة العمليات، و يميل بظهره الى الخلف، ثم يمسك الطبيب الموسع المعدنى بيده اليمنى من نهايته و يثبت بيده اليسرى عضو تناسل المريض. و بعد أن يغمس نهاية الموسع فى جليسرين معقم يدخل نهاية الموسع فى فتحة مجرى البول بكل اعتناء بحيث يكون الموسع فى هذا الوضع موازيا لخط انثناء الفخذ الأيمن وتقابله مع البطن . بعـد ذلك يحرك الموسع ويجذب اليه العضـو بحيث يأخذ الموسع وضعا يكون فيه محاذيا للبطن . بعـد ذلك يرجع بالموسع إلى الخلف مكوّنا زاوية قائمة مع البطن ، وفى الوقت نفســه يجذب العضو باليد اليسرى على الموسع، فيدخل الموسع المجرى ويثبت فى مكانه — ويجب ألا يحدث إدخال الموسع أى ألم أو نزيف فى المجرى — ويترك الموسـع فى موضعه بضع دقائق ، ثم يخرجه الطبيب و يدخل عقبه موسعا أكبر منه درجة، ولا يصح أن يغير فى جلسة واحدة أكثر من ثلاثة موسـعات . وفى النهاية يتبوّل المريض المحـلول الموجود بالمثانة . و يلاحظ إدخال أكبر رقم من الموسـع يسمح المجرى بإدخاله . ومن المفيد جدا للمريض استعمال الموسـع الكبير الحجم بحيث لا يحدث له ألمـا عند إدخاله . وتجرى عملية التوسيع مرتين فى الأسبوع ولا تزيد عن ثلاثة، و إذا حدث للمريض نزيف دموى يوقف استعمالها فترة ريثما يلتئم الجرح الحادث بالمجرى .

توسيع المجـرى بموسعات كولمـان — هناك أنواع عدّة من موسعات كولمـان، فمنها ما يتركب من أربعـة أعمدة، ومنها ما يتركب من ثلاثة . بينما

موسعات أو برلاندر يتكوّن الموسع فيها من عمودين فقط ، ويوجد نوعان من موسعات كولمان : موسع كولمان المستقيم ، ويستعمل فى توسيع مجرى البول الأمامى ، وموسع كولمان الخلفى ، ويستعمل فى توسيع مجرى البول الخلفى ، وفى هذين الاثنين يمكن عمل غسيل لمجرى البول أثناء إجراء عملية التوسيع



موسع كولمان الأمامى   موسع كولمان الخلفى   موسع كولمان للجرى الأمامى والخلفى معا

ممـا يجعل لها صفة خاصـة . كما يوجد موسع كولمـان ثالث لتوسيع المجرى الأمامى والخلفى معا .

وقبل استعمال موسعات كولمـان يجب أن يكون البول صافيا نسبيا ، وألا يبدأ باستعماله إلا بعد فحص المجـرى بعد التوسيع بالموسـعات المنحنية المدرّجة بوساطة منظار المجرى ، وأن يستعمل موسع كولمـان الأمامى فى توسيع المجرى الأمامى ، وأن يستعمل المنحنى فى توسيع المجرى الخلفى . ويجب أن يغسل مجرى البول ، وأن تملأ المثانة بمحـلول الميركيوروكروم ($\frac{1}{1000}$) وذلك قبـل إدخال الموسع . و بعـد إدخال الموسع يبدأ بتحريك عقرب ساعة الموسع درجة واحدة و بعـد خمس دقائق تحرّك درجة أخرى ، ثم بعـد خمس دقائق ثالثة تحـرّك إلى درجة ثالثة ، و بعـد مضى نحـو ربع ساعة والموسـع فى مكانه فى المجرى يعمل غسـيل بأنبوبة كولمـان ، ثم يقفـل ويخرج بكل عناية . بعـد ذلك يبول المريض المحـلول الموجود بالمثانة . ويلاحظ فى إجراء عمليـة التوسيع ألا يسـتعمل أكثر من ثلاث درجات للتوسيع فى جلسة واحدة ، وألا تكرر العملية أكثر من مرتين فى الأسبوع . وإذا حصـل ألم أو نزيف للمريض بسبب اسـتعماله تزاد الفترة بين كل دفعة والتى تليها . وتظهر فائدة موسع كولمـان إذا حصلنا على أكبر درجة للتوسـيع مع عدم إيلام المريض أو التسبب فى ظهور نزيف له ، وهو يفيد فى الحالات التى لم تنجح فيها الموسعات المنحنيـــة .

أما موسع كولمـان الخلفى فمن المهم جدّا قبل اسـتعماله أن يتأكد الطبيب من فحص حالة المجرى الخلفى بمنظار مجرى البول الخلفى ، لأنه إذا استعمل بدون ذلك ففى الأكثر يسبب نزيفا للمريض . وطريقة إدخاله هى نفس طريقة إدخال الموسعات المدرّجة المنحنية ، وبعد أن يثبت الموسع فى مكانه يبـدأ بتحريك يده بمـا يقابل درجة واحدة على ساعة الموسع ، وبعد بضع دقائق تحرّك درجة أخرى . وبعد أن يحرّك الى ثلاث درجات — ولا يزيد عن ذلك فى كل جلسة — يجرى تدليك المجرى تدليكا خفيفا بتمرير الأصابع على العضـو من الخارج أثناء وجود الموسع ، لأن ذلك

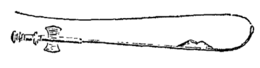
يساعد على إخراج محتويات الغدد بالمجرى . بعد ذلك يغسل المجرى الخلفي بأنبوبة الموسع ثم يقفل الموسع ويخرج ببطء . بعد ذلك يطلب من المريض أن يبول المحلول الموجود بالمثانة . ويلاحظ أنه عند إجراء التوسيع فى الدفعة التالية يبدأ من الدرجة التى انتهى عندها التوسيع فى الدفعة السابقة، فاذا كانت نهاية التوسيع فى الدفعة السابقة عند درجة (٢٥) مثلا فيبدأ فى الدفعة التالية من (٢٥) وهكذا .

مجمل ما ذكر بخصوص علاج ضيق المجرى — سبق أن ذكرت فى بحث موضوع منظار مجرى البول أنواع الضيق بالمجرى المحتمل حصولها ، كما ذكرت فى باب توسيع المجرى طرق التوسيع المستعملة فى علاج الضيق ، كما سبق أن ذكرت طريقة علاج احتباس البول بسبب السيلان . والآن أذكر بايجاز الخطوات التى تتبع عند بحث علاج ضيق المجرى . يجب تشخيص ضيق المجرى تشخيصا دقيقا من حيث الموقع ونوع الضيق هل هو رخو أو صلب ، ومقدار مايشغله من سطح المجرى ومدى غوره فى الأغشية . ولتشخيص وجود الضيق طريقتان : الأولى بإدخال بوجيه من الصمغ المرن ذو نهاية زيتونية (Olivary bougie) ، حيث تقف نهاية البوجيه عند بدء الضيق . والثانية بمنظار مجرى البول . والطريقة الأخيرة كما سبق أن ذكرت هى الطريقة الوحيدة للتأكد من تشخيص طبيعة الضيق من حيث درجة الإصابة لأنه بمنفاخ المنظار الهوائى يمكن معرفة ما اذا كان الضيق مرنا يمكن أن يتسع بالنفخ الهوائى ، أو صلبا غائرا فى الأغشية تحت المخاطية . كما يمكن رؤية اتجاه الضيق ودرجة تقدمه والتفافه حول المجرى . كما يوجد فى بعض المناظير الهوائية لمجرى البول خرق فى العدسة المرئية حيث يمكن رؤية البوجيه الصمغى من خلال المنظار وقت دخوله من الخرق المذكور ، وتمرير البوجيه من خلال الضيق تحت تأثير المنفاخ الهوائى . بعد إجراء التشخيص المذكور نجرى العلاج المناسب ، وقبل ذلك يغسل مجرى البول بإحدى المحاليل المطهرة السابق ذكرها ، ويبدأ بإدخال بوجيه الصمغ المرن حجم صغير (درجة ٤ أو ٥) مقياس فرنسى . وإن كان مكان الضيق فى الجزء الخلفى للمجرى

توضع سبابة اليد اليسرى فى الشرج حتى يشعر بمرور البوجيه فى المكان الطبيعى . فاذا مر البوجيه المذكور يثبت فى القضيب حتى يمكث فى المجرى فترة تتراوح بين (١٠ و١٥ ساعة) . ويلاحظ أن وجود البوجيه الرفيع (مثل درجة ٤ أو ٥) لا يعوق مطلقا البول . بعد ذلك يخرج الطبيب البوجيه ويحاول بعدها مباشرة إدخال مجس معدنى من نفس الدرجة (٤ — ٦) ، فاذا ما دخل يترك مدة تتراوح بين ربع ساعة ونصف ساعة ، وإذا لم يتيسر إدخال المجس المذكور تكرر بعد يومين عملية إدخال البوجيه الصمغى ، كما نحاول إدخال اثنين أو ثلاثة فى وقت واحد من البوجيهات المذكورة . وتكرر العملية مرة كل خمسة أيام . بعد ذلك يبدأ بادخال الموسعات المدرّجة المعدنية ، ويستمر فى تتابع إدخال الموسعات المذكورة بمعدّل مرة كل خمسة أيام حتى نصل الى درجة (١٢) مقياس انجليزى . بعد ذلك يمكن استعمال موسع كولمان مرة كل أسبوع (الموسع المستقيم للمجرى الأمامى والمنحنى للمجرى الخلفى) حتى نصل الى درجة (٣٢ أو ٣٤) مقياس فرنسى . وبعد ذلك يكتفى بدرجة التوسيع المذكورة . ويلاحظ أن يجلس المريض فى حمام ماء ساخن عقب عملية التوسيع ، كما يستحسن إذا شعر المريض بشىء من الألم أن يعطى لبوسا من الأتروبين ($\frac{١}{٥٠}$) من القمحة ، والمورفين نحو ($\frac{١}{٣}$) قمحة ، وفائدة الأتروبين عدم تقلص المجرى ، كما يصح إعطاؤه برشامة من الهلميتول وزرقة الميثيلين حتى يطهر مجرى البول .

وقد يصادف الطبيب حدوث ما يسمى (حمى القسطرة) ، وفيها يشعر المريض بقشعريرة وارتفاع فى الحرارة قد تصل الى درجة (٤٠ أو ٤١ سنتيجراد) وذلك عقب إدخال الموسعات ، وتلافيا لذلك يجب غسل المجرى جيدا بالمحلولات المطهرة ، كما يجب أن يأخذ المريض أدوية مثل الهلميتول أو اليوروتروبين . وفى حالة حدوث حرارة يعطى المريض برشامة من الكينين (٢ر٠ جرام) والفيناستين (٣ر٠ جرام) كما يأخذ حقنة من الأومنادين ، وبهذا تزول الحرارة عادة بعد يومين ، وهى ليست لها نتائج خطرة أو مضاعفات إلا فيما ندر .

بقى على أن أذكر مسألة واحدة فى علاج ضيق المجرى الصلب ، وهى أنه فى الحالات التى لا يمكن أن يجرى لها علاج بالموسعات قد نحتاج الى إجراء عملية القطع (Urethrotomy) بقاطع المجرى (Urethrotme) وهذه الحالات هى حالات الضيق المزمنة التى تتصلب فيها الأغشية المحيطة بالمجرى ، ومن الصعب أو المحال توسيعها ، لذلك نلجأ الى عمل شق فيها . ومن أمثلة قواطع المجرى المستعملة يرثروتوم تيفان ، ويتكوّن من يد محركة وساق معدنيــة مجوّفة وبها جزء حاد قرب نهايتــه



يرثروتوم تيفان

يمكن إدخاله باليد فى تجويف الساق وإخراجه حال القطع ومتصل بنهايته بوجيــه رفيع يعتبر كدليل عند إدخال اليرثروتوم بالمجرى . وطريقة استعماله هى أن نغسل مجرى البول بمطهر خفيف ، ثم ندخل البوجيــه المتصل باليرثروتوم حتى يمر الجزء القاطع من اليرثروتوم الى ما بعــد الضيق . بعد ذلك تحرّك اليــد ليظهر السلاح القاطع ، ويسحب اليرثروتوم للخارج فيقطع فى أثناء سحبه للخارج مكان الضــيق . والعملية سهلة نســبيا ، ولا تحــدث نزيفا يذكر نظرا لتليف مكان الضيق . ويمكن الاطلاع على أنواع اليرثروتوم الأخرى المســتعملة فى علاج ضيق المجــرى فى كتب الجراحة .

علاج مجرى البول بمنظار المجرى

يستحسن قبل دراســة هذا الموضوع الرجوع الى شرح منظار مجــرى البول وكيفية استعماله . وقد شرحناه آنفا شرحا وافيا .

أما العــلاج بمنظار مجرى البــول فيمكن تقسيم الطرق العلاجيــة الى الأقسام الآتيـــة :

(١) العلاج بمس أو حقن البقع الملتهبة بالأدوية الكاوية .

(٢) « بعمل كحت للبقع الملتهبة المزمنة .

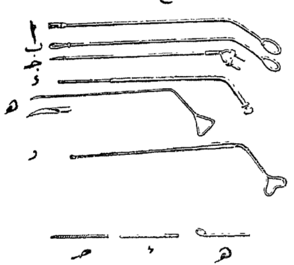
(٣) العلاج بعمل قطع فى الأكياس والبقع المتقيحة .

(٤) « بكى البقع الملتهبة بالكى الكهربائى .

(٥) « تسليك القنوات المسدودة بمسبر رفيع .

والآلات المستعملة للعلاج فى داخل المنظار هى :

(ا) حامل لقطع من القطن المعقم صغيرة الحجم بقصد تجفيف داخل المجرى من خلال المنظار قبل الفحص والعلاج .



(ب) حامل لقطع من نترات الفضة لعملية المس .

(حـ العليا) جهاز الكى الكهربائى للبقع الملتهبة .

(ء العليا) أسطوانة معدنية بها قناة لحقن البقع الملتهبة بالمحاليل المطلوبة .

(هـ العليا) مشرط صغير يستعمل لعمل شق فى الأكياس القيحية ، أو لاستئصال الأورام .

(حـ السفلى) مسبر رفيع تركب عليه قطع القطن المبللة بالمحاليل مثل نترات الفضة لمس البقع الملتهبة .

(ء السفلى) مسبر رفيع مدبب الطرف لعمل خرق فى البقع الملتهبة أو المتقيحة، إما بقصد الاستكشاف أو العلاج .

(و) مجس للقنوات القاذفة للمنى بقصد فتحها أو معرفة موضع الانسداد .

(هـ السفلى) مكحت للمجرى .

(٢) العلاج بمس البقع الملتهبة أو حقنها بالمواد الكاوية :

علاج البقع الملتهبة من خلال المنظار علاج يعمل على بصيرة ، حيث يتيسر للطبيب رؤية البقعة الملتهبة فيعالج الموضع المصاب دون أن تتأثر الأجزاء السليمة بالأدوية . وغنى عن البيان أن هذه الطريقة أفضل من طريقة حقن المجرى بالمحاليل الكاوية لأن هذه المحاليل تؤثر فى البقع السليمة والمريضة على السواء ، فتؤذى الأولى إن كانت قوية ولا تؤثر فى الأخيرة إن كانت ضعيفة . وخير مثال لذلك محلول نترات الفضة حيث يستعمله بعض الأطباء فى بعض الأحيان غسولا أو تقطيرا فى المجرى فإن هذا المحلول إذا استعمل ضعيفا لا يفيد الغرض المطلوب و إن استعمل قويا فانه يحدث تقرّحات والتهابات بالبقع السليمة مما يؤدّى الى تأخير الشفاء — لذلك يعتبر مس البقع الملتهبة بالمجرى من خلال المنظار الطريقة الناجعة فى الحالات تحت الحادة والمزمنة .

ولتحضير المريض للغرض المذكور يغسل المجرى بمطهر مخفف من محلول أكسسيانور الزئبق ($\frac{١}{٥٠٠٠}$) ، ثم ندخل المنظار (الأمامى أو الخلفى حسب موقع الإصابة) ، ويجب أن يدخل حتى النهاية — بعد ذلك نجفف المجرى بواسطة قطعة من القطن مركبة على الحامل ا (أنظر الشكل) — وبعد ذلك نركب قطعة من القطن على المسبر " حـ السفلى" (أنظر الشكل) ونغمسها بمحلول نترات الفضة (٢٪) ، ثم نمس غدد ليتر أو جيوب مرجانى من الخلف للأمام . ويلاحظ عدم تمرير المنظار من الأمام للخلف بل يحرّك من الخلف للأمام حتى لا تمرّ حافة المنظار على بقع سبق مسها فتحدث ألما للمريض أو نزيفا دمويا قليلا ويجوز أن نجرى المس بواسطة حجر نترات الفضة المركب على الحامل ب (أنظر الشكل) ، كما يصح أن نستبدل المس بتقطير نقطتين من محلول نترات الفضة (٢٪) فى جيوب مرجانى وذلك بواسطة الأسطوانة المعدنية المثقوبة من الوسط " ى العليا" (أنظر الشكل) . ويلاحظ أن أفيد الأدوية المستعملة للمس أو الحقن هو محلول نترات الفضة بنسبة (٢٪) و يصح أن نستعمل بدله صبغة اليود ($\frac{١}{٢}$٪) وهى تفيد فى الحالات

المزمنـة . أما البقع الملتهبة المصحوبة باحمرار أو الموجود بهـا حبيبات فالأفضل استعمال محلول نترات الفضة فيها .

وطالمـا يستعمل المس بنترات الفضـة من خلال المنظار باحتياط فلا تحدث أية مضاعفات للمريض ، والخوف من حدوث ضيق بالمجـرى من جراء المس غير صحيح ، غير أنه يطلب من الطبيب أن يجرى المس فى بقع متبعدة بعضها عن بعض ، كما يجب عليـه ألا يجرى مسا لمحيط المجرى بأكمله فى بقعـة واحدة ، بل يختار البقع الملتهبة فقط . بهذا الاحتياط العـادى يشعر المريض بنتائج باهرة وتحسن ظاهر من المس بنترات الفضـة ، وإنى شخصيا أعول كثـيرا على مس المجرى من خلال المنظار وأرى أنه لا يمكن الاستغناء عنه لإجراء علاج أصلى ناجح فى مجرى البول .

كحت البقع الملتهبة وأهميته فى العـلاج من خلال المنظـار —

يستعمل المكحت السابق رسمه "هـ السفلى" (أنظر الشكل) فى عمل كحت للبقع الملتهبة المزمنـة ، مثال ذلك الحبيبات المزمنة المجاورة لغـدد ليتر ، أو الالتصاقات الالتهابية الموجودة بجيوب مرجانى ، كما يفيـد ، على وجه الخصوص ، فى السنط الالتهابى فى المجرى الناشئ عن تهييج المواد الالتهابيـة أو البول لمواضـع الإصابة ، ويفيد كذلك فى حالة أورام البابللوما (Papillomatous growths) التى يكـثر وجودها فى بخوة البروستاتا (Prostatic fossette) . وطريقة الاسـتعمال هو أن يركب المكحت من نهايتـه فى المنظار ، وبتحريك يد المنظار يتيسر توجيـه المكحت الى أى بقعة تحتاج الى هذا النوع من العلاج ، وربمـا احتاج الأمر الى استعمال موصل صغير فى حالة اسـتعمال المنظار الخلفى عند إجراء الكحت فى الجزء البروسـتاتى من مجرى البول ، وعمـل الكحت سهل وبسـيط ولا يحدث بسببه مضاعفات ما ، وتكفى ملاحظة عدم كحت الجزء الملتهب أكثر مما يجب حتى لا نتأثر الطبقات الغائرة تحت الغشاء المخاطى للمجرى ، ولا يحدث من هـذا العمل نزيف يذكر ، وفى حالة حدوث نزيف يمكن إيقافه بقطعة من القطن محمولة على الحامل ومبللة بمحلول الأدرنالين .

العلاج بعمل قطع فى الأكياس والبقع الملتهبة — يستعمل لهذا الغرض المشرط الصغير "هو العليا" (أنظر الشكل)، وهو ذو نهاية حادة نوعا ما، وطريقة استعماله هى أن يركب المشرط على يد المنظار كما فى الطريقة السابقة، ويحرك باليد فى الاتجاه المطلوب. والحالات التى يستعمل لها هذا النوع من العلاج هى الخراجات السطحية المكونة على سطح الغشاء المخاطى، والأكياس القيحية القريبة من السطح، حيث يعمل بها شق، فيخرج ما بها من قيح فى المجرى. كما يلاحظ عمل غسيل للمجرى بمحلول مطهر مثل برمنجنات البوتاسيوم ($\frac{1}{5000}$)، ويكون ذلك عقب تجفيف مكان الخراج بقطعة من القطن المعقم عقب عمل الفتح حتى لا يلوث المجرى بمحتويات الكيس القيحى.

(٣) العلاج بالكى الكهربائى للبقع الملتهبة :

ينقسم علاج مجرى البول بالكهرباء الى ثلاثة أقسام وهى :

(١) العلاج بالكهرباء التحليلية (Electrolysis).

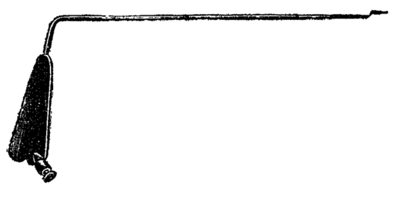
(٢) « « الكيمياوية أو الجلفانية (Glavanic Cautery).

(٣) « بالحرارة النافذة "الدياترمى" (Diathermy).

وسأشرح الآن العلاج بالكهرباء التحليلية والكهرباء الكيمياوية، وأما العلاج بالدياترمى فسأشرحه عند الكلام على موضوع الدياترمى :

(١) العلاج بالكهرباء التحليلية — الحالات التى يستعمل فيها العلاج بالكهرباء، هى الحالات التى استعملت فيها طرق العلاج السابقة من توسيع أو تدليك للمجرى، ولا تزال الحالة غير متقدمة نحو الشفاء، لذلك يستعمل التحليل الكهربائى بمنظار المجرى لكل بقعة ملتهبة على حدتها، ويستعمل لهذا الغرض جهاز كولمان التحليلى، وهو مركب من يد تتصل نهايتها السفلى بالقطب الكهربائى، وأما النهاية العليا فبها قضيب معدنى طويل يتصل بنهايته إبرة من البلاتين، وهى التى يجرى العلاج عن طريقها.

طريقة العلاج هى أن ندخل منظار المجرى كالمعتاد ونجفف المجرى جيدا ، ثم نبحث بالمنظار عن البقع الملتهبة من غدد ليتر أو جيوب مرجانى أو البقع

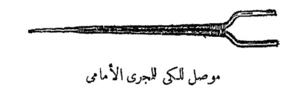


جهاز كولمان التحليلى

الموجود بها حبيبات التهابية ، ثم ندخل جهاز كولمان الكهربائى ونصوّب الإبرة البلاتينية نحو الجزء المصاب ، ثم ندخله الى داخل البقعة الملتهبة الى ما يقرب من نحو ملليمتر واحد ، بعد ذلك نصل نهاية الجهاز بالقطب السالب لبطارية أو بطاريات قوّتها من (٥ — ١٠ فولت) ، والقطب الإيجابى نصله بقطعة من الزنك مغطاة بقطعة من القماش ومبللة بمحلول ملحى مشبع ، ثم نضعها على فخذ المصاب . بعد ذلك نمرّر التيار بقوّة لا تزيد عن (٥ أمبير) لمدّة ثلاث دقائق أو خمس ، ثم نوقف التيار ونخرج الجهاز من المجرى . ويلاحظ أنه من الواجب أوّلا إدخال الجهاز ذو الإبرة البلاتينية بالمجرى ، وبعد ذلك يمرّ التيار بعد أن ندخل الإبرة فى البقعة الملتهبة ، هذا تلافيا من حدوث مضاعفات إذا أمررنا التيار أوّلا قبل إدخال الإبرة البلاتينية .

(٢) طريقة العلاج بالكهرباء الكيمياوية أو الجلفانية — هذه الطريقة من الأهمية بمكان فى علاج بعض حالات السيلان المزمن التى يتأكد الطبيب من تشخيص موضع الإزمان فيها ، ويستعمل لهذا الغرض منظار المجرى الأمامى إذا كانت الإصابة فى الجزء الأمامى للمجرى ، والمنظار الخلفى إن كانت الإصابة خلف الجزء البصيلى من المجرى ، كما يحتاج الطبيب الى جهاز خاص لتوليد

التيار المطلوب مثـل جهاز البانتوستات ، ويصـل بقطبيه المستعملين للكى سلكا بلاتينيا مركبا على موصل معدنى قصير أو طويل حسب موضع الإصـابة ، لذلك يستحسن أن يتوفر لدى الطبيب المعالج بهذه الطريقة بضعة موصلات ذات أطوال مختلفة ، ويشترط فى العلاج بطريقة الكى بالتيار الجلفانى أن يكون الطبيب قد تمرّن على اسـتعمال المنظار فى حالات سابقة كثيرة ، وأن تكون الإصابة المسببة لإزمان



موصل للكى للمجرى الأمامى

موصل للكى للمجرى الخلفى

الحالة موضعية وممكن تعيينها بالدقة ، كما يشترط أن تكون المجرى موسعة الى درجة كافية من قبـل بموسع كولمـان (درجة ٤٥) أو بالموسعات المعدنيـة المنحنية الى (درجة ٤٨) على الأقل . والحالات التى يستعمل فيها هـذا العلاج ويأتى بنتائج ناجحة هى الحالات الآتية :

(١) الحـالات التى بها بقع ملتهبة محببـة ، وخصوصا المتعلقة بغـدد ليتر أو جيوب مرجانى .

٢) الحالات التى بها سنط المجرى أو أورام البابللوم .

(٣) الحالات التى بها أورام بالمجرى مثل الأنجيوما .

(٤) الحالات التى بها تقرحات مزمنة غير قابلة للالتئام بالمجرى .

والحالات التى يجب ألا يستعمل بها هذا النوع من العلاج هى على الخصوص :

(١) جميع الإصابات الحادّة .

(٢) الإصابات المزمنة المصحوبة باحمرار، والتى يكثر فيها حدوث نزيف عند إدخال أى آلة بالمجرى .

(٣) الحالات التى لم يسبق علاجها بالطرق المعتادة السابقة من تدليك وغسيل وتوسيع .

(٤) الحالات المصحوبة بغدد لازالت مريضة ، مثل حالات التهاب الحويصلات المنوية . ولو كان موجودا بالمجرى أورام أو حبيبات عند فتحتى القناتين القاذفتين للنى لأن علاج الأخيرة قبل علاج المسبب لها يعتبر علاجا مؤقتا وقابلا للانتكاس .

طريقة العلاج — ندخل المنظار فى المجرى بالطرق المعتادة ، ثم نجفف داخل المجرى جيدا بقطعة من القطن المعقم المركبة على حامل . ثم نصوّب بعد ذلك نهاية أنبوبة المنظار المعدنية نحو البقعة أو الورم المراد كيه، ونصوّب المصباح المضىء للمنظار نحو موضع مقابل لها لنترك بذلك مسافة كافية لإدخال موصل الكى . وبعد ذلك ندخل السلك البلاتينى للموصل المعدنى فى داخل الورم أو البقعة الملتهبة الى مسافة (٢ أو ٣ ملليمتر) . وبعد التأكد من أن السلك البلاتينى وصل الى داخل البقعة أو الورم المعين نصل الموصل الكهربائى بقطبى الجهاز الكهربائى ، ونمرّر التيار ونبدأ بنحو (٢ أو ٣ ملليمتر)، مع ملاحظة أن يكون موصل الكى باليد اليمنى والمنظار باليد اليسرى، وأن ننظر من خلال المنظار أثناء العملية حتى يتم الكى تماما، فإن كان ورما يجب أن يتآكل جميعه، وإن كانت بقعة محببة وجب أن يزول التحبب جميعه، إذ لو تركنا جزءا كان ذلك مدعاة الى رجوع الحالة إلى طبيعتها الأولى قبل العلاج . وبعد أن يستمر الكى دقيقة على الأكثر حسب الحالة، نوقف التيار ونخرج جهاز الكى باعتناء، وقد يصادف الطبيب شبه صعوبة فى إخراج السلك البلاتينى من الجزء المستعمل له الكى بسبب الالتصاق الناشئ من الكى، وللتغلب على هذه الصعوبة يمكنه أن يدير السلك قليلا وبشىء من العناية دون أن يحدث ألما أو جرحا أو نزيفا، وإذا كان هناك أكثر من بقعة أو ورم يراد عمل

كى لهـا فى وقت واحد ، فقـد يصادف الطبيب من أثر الكى الأوّل (الذى يجب أن يكون فى البقعة الواقعة خلف البقعة الثانيـة المراد كيها) دخانا قد يكون كثيفا من أثر الاحتراق ، وهـذه المضاعفة سهل التغلب عليهـا بقليل من النفخ بالمنفاخ الهوائى ، أو باستعمال قطعة من القطن مركبة على حامل و إدخالهـا بالمجرى مرة أو اثنين ، فيخمد الدخان بهذه الطريقة . وتكوى البقعة الملتهبة الثانية بنفس الطريقة المستعملة فى كى الأولى . ويلاحظ أنه لا يحدث نزيف مطلقا من هـذه العملية إلا إذا استعملت فى غير موضعها ؛ وفى هـذه الحالة يسبب العـلاج مضاعفات للمريض ، مثل التحام خطأ أو نزيف مستمر . وقـد تظهر بضـع بقع من الغشاء المخاطى للمجرى فى شكل ورم ، وهى فى الواقع جزء منتفخ أو محتقن ، فإذا أجرى الطبيب كيا فى هذه الأحوال على اعتبار أنها ورم ، فإنه فضلا عن النزيف الشديد الذى قد ينشأ عن هـذا الخطأ ، فإن المريض يكون عرضة لإصابة تقيحية مزمنة فى البقعة المذكورة ، وربمـا كانت سببا فى تكوين حالة مزمنة جديدة . والمكان المعرّض لمثل هذا الخطأ هو العرف الجبلى (Verumontanum) حيث يظهر العرف المذكور فى شكل ورم ، والواقع أنه محتقن ومتقيح بسبب إصابة السيلان المزمن . ومن التذكرة أن أكرر هنـا ما سبق أن شرحته عن الأورام المتكوّنة حول فتحتى القناتين القاذفتين للمنى ، فإن هـذه الأورام تسببت عن التهيج المستمر الذى يحدثه إفراز الحويصلات المنوية فى الغشاء المخاطى المجاور لفتحتى القناتين ، وطالمـا تظهر إفرازات الحويصلات فإن العـلاج الموجه نحو الأورام المذكورة هو علاج مؤقت بسبب انتكاس الأورام ، لذلك يجب علاج الحويصلات المنـوية أوّلا ، وذلك بتدليكها وغسـل المجرى مع اسـتعمال الطرق الأخرى السابق شرحها ، وبعد ذلك يمكن عمل كى للأورام المتخلفة فى المجرى .

(٤) العلاج بالحرارة النافذة (الدياترمى) ــ سأشرح العـلاج بهذه الطريقة ضمن الكلام على موضوع الدياترمى .

(٥) العلاج بتسليك القنوات المسدودة باستعمال مسبر رفيع — تستعمل هذه الطريقة فى حالة القنوات القاذفة للنى وفى قناة غدّة كوبر، وفى قنوات البروستاتا إذا اشتبه الطبيب فى انسداد إحداها ، وفى هذه الحالات يستعمل المسبر المدبب "د السفلى" (انظر شكل صفحة ٣٧٧) إذا كانت الفتحة صغيرة فى مثل قنوات البروستاتا ، والمسبر غير المدبب "و" (انظر شكل صفحة ٣٧٧) فى القنوات الطويلة مثل قناة غدّة كوبر أو القناة القاذفة للنى . أما القناة المعدنيــة "د العليا" (انظر شكل صفحة ٣٧٧) فتستعمل فى عمل حقن من داخل القناة بالأدوية المراد الحقن بها، مثل محلول نترات الفضة أو صبغة اليود أو محلول الميركيوروكروم المركز . وللاستكشافات أو العلاج يستعمل المنظار كالمعتاد ويبحث جيدا عن موقع قناة غدّة كوبر مثلا، فإن كانت هذه الغدّة متضخمة كما تظهر من الفحص، وكان تدليكها لا يخرج إفرازاتها ، ففى الأكثر تكون هذه القناة مسدودة ، لذلك يدخل الطبيب فى القناة المسبر" د السفلى" (أنظر شكل صفحة ٣٧٧) بكل احتياط، وتكون المواد الالتهابية فى الأكثر سببا فى انسدادها، ويكفى مجرّد تسليكها لإخراج الإفرازات، وربمــا اضطر الطبيب لحقن القنــاة بإحدى المحاليل المذكورة بحقنــة مركبة على القناة المعدنية "د العليا" .

أما فى حالة القناة القاذفة للنى فيرجع السبب فى تعرّفها إلى عدم ظهور حيوانات منوية فى السائل المنوى، أو ظهورها ولكن ميتة فى السائل، مما يدل إما على انسداد القناة القاذفة للنى، أو على وجود التهاب بها وبالحويصلات المنوية ، ويفيد تعرفها فى كلتا الحالتين . لأنه يرشــد الطبيب إلى موضــع الانسداد وسببه ، وفى كثير من الحالات يحصل المريض بعدها على نتائج حسنة . وغنى عن البيان أن معرفة ذلك تكون أكثر فائدة فى الحالات الحديثة نسبيا التى لم يحصل فيها التحام ليفى فى القناة بسبب إزمان الالتهاب ، أما الحالات الملتحمة فلا يفيد فيها هذا النوع من العلاج لفوات الفرصة .

السيلان فى النساء

السيلان فى النساء إصابة مزمنة نوعا ما عنها فى الرجال، والسبب فى ذلك هو جهل المرأة بالاصابة ، وكذلك عدم ظهور عوارض تذكر ، وذلك غير الحال فى الرجل . والسيلان فى النساء يصيب مجرى البول وأجزاء التناسل على السواء ، ومن الجائز أن تصاب امرأة بالسيلان الرحمى دون أن تشعر بأى إصابة فى مجرى البول، وهذا هو السر فى أن الإصابة تمتد حتى تصيب البوقين قبل أن تبدأ المريضة فتشعر بالحاجة الى الاستعانة بالطبيب، وفى ذلك الوقت يكون العلاج الطبي عسيرا ومتعبا للمريضة والطبيب ، ويرجع السبب فى عدم سرعة شفاء المريضة التى تعالج من السيلان إلى وقف العلاج عند ظهور الطمث ، وهو كما نعلم قد يمتد إلى سبعة أيام أو ثمانية من الشهر، وهى مدة كافية فى ذاتها لسرعة انتشار المرض .

وستكون مهمتى فى هذا البحث — كما هى فى إصابة السيلان فى الرجال — موجهة نحو علاج الإصابة ومضاعفاتها، أى عملية أكثر منها نظرية . أما التوسع فى البحث فى باثولوجيا الاصابة ونظرياتها فيمكن الرجوع فيها الى كتب الباثولوجيا وأمراض النساء .

ولما كان علاج الإصابة فى النساء يحتاج الى معرفة مبادئ تشريحية عن أعضاء التناسل ، لذلك رأيت من المناسب ذكر ملاحظات مختصرة عن تشريح أعضاء التناسل فى النساء .

تشريح أعضاء التناسل فى النساء

فتحة المهبل — وهى الفتحة الخارجية لأعضاء تناسل المرأة ، وتتكوّن من الشفرين العظيمين ، والشفرين الصغيرين ، والبظر (Clitoris) ، وفتحة مجرى البول، وفتحتى غدّتى بارثولين، وقنوات سكين، والقنوات المحاذية لمجرى البول .

فالشفران العظيمان جسمان مرتفعان على جانبي فتحة المهبل ويتصلان من أعلى من تحت شعر العانة، ثم يفترقان ويجتمعان من أسفل أعلى فتحة الشرج ،

ويكسوهما الشعر عند البالغات فى السطح الجلدى الخارجى . أما سطحهما الداخلى فناعم الملمس وبه فتحات الغــدد الجلدية ، ويظهران مختبئين تحت الشفرين العظيمين . ومن الداخل يظهر الشفران الصغيران حيث يمكن رؤيتهما بعد فصل الشفرين العظيمين بعضهما عن بعض . ويجتمع الشفران الصغيران من أعلى ويحصران البظر ثم يفترقان من أسفل فى شكل طيات جلدية مثلثة الشكل .

وتقع غدة بارثولين فى الجزء الداخلى من الشفر الأصغر، ويمكن رؤية فتحتها على السطح الداخلى للنصف الخلفى من الشفر الأصغر .

أما البظر فجسم قابل للانتصاب قليلا ، ويقابل عضو التناسل فى الرجل وهو من البقايا الجنسية فى المرأة ، وهو كثير الحساسية ، ويقع بين الشفرين الصغيرين من أعلى . ومن تحت المنظار يمكن رؤية غشاء مثلث الشكل يسمى بدهليز المهبل ، وبه فتحات لغدد جلدية تقابل غدد ليتر فى الرجال . وفى دهليز المهبل وأسفل البظر يمكن رؤية فتحة مجرى البول ، وتقع الفتحة الموصلة للمهبل خلف وأسفل مجرى البول ، ويغطيها غشاء البكارة فى البنت العذراء ، وتظهر فتحة المهبل بعد زوال غشاء البكارة مشرذمة الحوافى نظرا لوجود قطع غشائية باقية وملتحمة بعد زوال الغشاء وتسمى هذه القطع الباقية (Caranculae myrtiformis) .

مجرى البول — قناة مجرى البول فى النساء قصــيرة يبلغ طولها نحو أربعــة سنتيمترات تقريبا ، وهى تبدأ من المثانة فى الخلف وتمتد الى الأمام والى أسفل ، ثم تنفتح فى دهليز المهبل أسفل العانة ، وهى فى مرورها تخترق الحاجز البولى التناسلى (Urogenital Diaphragm) . ويظهر على جانبى مجرى البول فتحتان من الخارج واحدة على كل جانب ، وهما فتحتا قناتى سكين (Skene's ducts) ، كما قد تظهر بضعة جيوب قليلة تنفتح فى سطح مجرى البول ، وتمثل قنوات سكين فى الرجال قنوات البروستاتا .

غدد بارثولين — هما غدّتان مستطيلتا الشكل تقع كل منهما فى النصف الخلفى من الشفر الأعظم ، ويحيط بكل منهما غشاء خارجى يتكوّن من الصفاق العجانى السطحى (Superficial perineal fascia) ، والعضــلة البصلية الكهفية

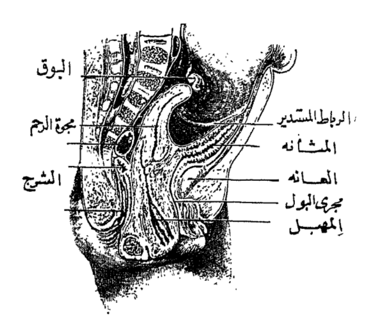
(Bulbo cavernous muscles) ولكل غدّة قناة طويلة وملتوية على نفسها تتجه من الغدّة الى أعلى وإلى الداخل الى مسافة سنتيمترين تقريبا ، ثم تتفتح على السطح الداخلى للشفر الأصغر ، ويمكن رؤية بروز غشائية فى المهبل تغطى فتحة غدّة بارثولين ، وهذه الغدّة لها أهميتها لأنها كثيرا ماتكون موضع الإصابة فى السيلان المهبلى .

المهبل — يمتد المهبل من فتحة التناسل الخارجية من الأمام الى عنق الرحم من الخلف ، ويبلغ طوله ($\frac{1}{2}$ ٧ سم) ، وله جداران ينطبقان بعضهما على بعض ، وهما الجدار الأمامى والجدار الخلفى ، فالجدار الأمامى يقع ملاصقا لقعر المثانة ومجرى البول . أما الجدار الخلفى فيقع أمام بخوة دوجلاس (Douglas Pouch) والشرج ، وتمثل بخوة المهبل فى اتجاهها قطعا دائريا يتجه من أعلى ومن الخلف الى الأمام

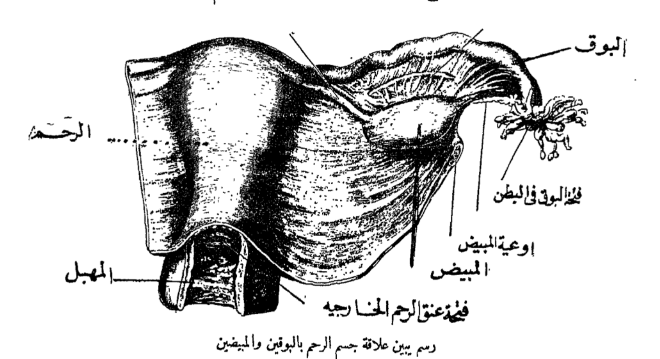


شكل يبين أجزاء التناسل الخارجية للمرأة

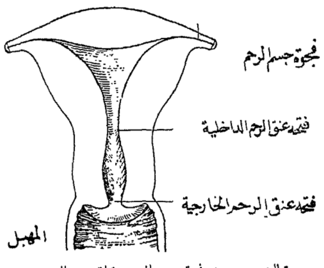
وأسفل حتى تصل الى الفتحة الأمامية . والمهبل باتصاله بعنق الرحم من الخلف يكوّن بخوتين : أمامية قصيرة ، وخلفية طويلة (anterior and posterior fornix) فالفجوة الأمامية تقع أسفل قاع المثانة ، والفجوة الخلفية تقع أمام وأسفل بخوة دوجلاس ، كما يمكن تمييز بخوتين صغيرتين جانبيتين يمر عليهما من أعلى الشريان الرحمى والحالب كلا فى جانب .



قطاع يبين علاقة مجرى البول والمثانة بالمهبل والرحم



رسم يبين علاقة جسم الرحم بالبوقين والمبيضين



قطاع رحمى يبين فجوة جسم الرحم وقناة عنق الرحم

الرحم وملحقاته — الرحم جسم عضلى فى شكل الكمثرى وينقسم الى : جسم الرحم ، ويكوّن ثلثى الرحم ، وعنق الرحم ، وهو عبارة عن الثلث الباقى ، ويسمى الجزء من جسم الرحم الواقع فى أعلى مستوى البوقين "بالقاع" (Fundus) . والرحم مغطى جميعه من السطح الخلفى بغشاء البريتون . أما فى السطح الأمامى فالبريتون يغطى جسم الرحم ، ولكنه عند وصوله الى العنق ينعكس ويغطى المثانة . ويفصل السطح الخلفى للرحم عن الشرج فجوة دوجلاس (Pouch of Douglas) . أما جانبا الرحم فينفصل عنهما البريتون ، ويكون على جانبى الرحم الرباط المستعرض (Broad Ligament) .

عنق الرحم — ينقسم الى قسمين : الجزء المهبلى ، وهو مايظهر فى المهبل ، وله شفتان أمامية وخلفية ، والخلفية منهما أطول قليلا من الأمامية . وطول عنق الرحم المهبلى ($1\frac{1}{2}$ سم) تقريبا وعرضه ($2\frac{1}{2}$ سم) ، ويتصل بالمهبل عند فتحة عنق الرحم الخارجية (external Os uteri) . والقسم الثانى ، وهو ما لا يمكن رؤيته من المهبل ، وله علاقات هامة مع المثانة من الأمام والمهبل من الخلف . أما فجوة الرحم فتظهر فى شكل مثلث . والسطحان الأمامى والخلفى يكادان ينطبقان على بعضهما ، وسعته فى السيدة التى لم تحمل بضعة نقط من الماء مثلا ، ويسمى الغشاء الداخلى للرحم (Endometrium) وفيه تنفتح الغدد الرحمية . والغشاء الداخلى

للرحم يلتصق مباشرة بعضل الرحم حيث لا يفصله غشاء تحت المخاطى . ولهذا السبب يظهر الغشاء الداخلى للرحم بشكل تجاعيد، نتيجة التصاقه المباشر بالعضل القابل للتقلص . ويتكوّن الغشاء الداخلى للرحم من بشرة مخاطية (Epithelium)، ومن غدد ومن سداة وتكون القاعدة البقية وتسمى (Stroma) .

أما البشرة المخاطية (Epithelium) فتتكوّن من أهداب عمودية (Ciliated Columnar Epithelium)، والغدد من النوع ذى القنوات المشعبة (Branched Tubules)، ويكسوها من الداخل بشرة مخاطية ذات أهداب عمودية تشابه البشرة المخاطية الرحمية، كما تتصل بها . وتمتد الغدد إلى غور الطبقة العضلية للرحم، كما قد تخترقها .

أما السداة (Stroma) فتتكوّن من طبقة شبكية دقيقة من الأنسجة الخلالية (Connective Tissue) تحوى عددا غير قليل من خلايا بيضاوية أو مغزلية . وتجد فى السداة عدّة شرايين ذات جدران سميكة، وعدّة أوردة ذات حيطان رفيعة .

يتصل عنق الرحم بالجسم بوساطة الفتحة الداخلية للعنق . ويبلغ طول الرحم الذى لم يسبق له حمل (٦ سم)، وعرضه نحو (٥ سم) . ويبلغ سمك الرحم نحو (٢ سم) . ويتكوّن من ثلاث طبقات من العضلات، يصل بعضها ببعض أنسجة خلالية .

أما الغشاء المخاطى لعنق الرحم فيحتوى على نتوء عمودى أمامى، وآخر عمودى خلفى . ويصل الاثنين نتوءات رفيعة مستعرضة، فتكون ما يسمى شجرة الحياة الرحمية (Arbor Vitae) . والبشرة المخاطية للقناة العنقية من النوع العمودى (Columnar Epithelium) بينما غشاء العنق المهبلى من النوع القشرى (Squamous)

البوقان — يبلغ طول كل من البوقين نحو ($\frac{1}{2}$١٠ سم) . وينقسم كل من البوقين من الوجهة التشريحية إلى الأقسام الآتية : (١) القمع (Infundibulum) وهو الجزء المقارب للبيضين . (٢) الجزء المنتفخ (Ampulla). (٣) الجزء الرقبى، وهو القريب من الرحم . (٤) الجزء الرحمى، وهو الداخل فى جسم الرحم .

ويحوط الغشاء البريتونى جسم البوقين ماعدا السطح الأسفل، حيث يتصلان بمساريقا قناة البوقين (Mesosalpinx) . ولكل من البوقين فتحتان : الأولى تفتح فى تجويف البطن ويبلغ قطرها نحو (٠,٢ سم) . والثانية تفتح فى قعر الرحم ويبلغ قطرها (٠,١ سم) . واتساع القناة يختلف على حسب الأجزاء الأربعة المذكورة . ويعتبر الجزء المنتفخ وهو الذى يلى القمع أكثر الأجزاء اتساعا ، حيث يبلغ قطره (١ $\frac{١}{٣}$ سم) تقريبا ، كما يبلغ طوله ($\frac{٢}{٣}$) طول القناة بأكملها . أما الجزء البرزخى وهو الواقع بين الجزء المنتفخ والجزء الرحمى فهو ضيق للغاية ، ويكون نحو ($\frac{١}{٣}$) طول القناة نفسها . ويتكون كل من البوقين من ثلاث طبقات : الطبقة الخارجية أو البريتونية ، ثم الطبقة العضلية ، وتليها الطبقة الغشائية المخاطية حيث تتكون من أهداب عمودية (Ciliated Epithelium) .

المبيضان — يقع كل من المبيضين على السطح الخلفى من الرباط المستعرض . ويتصل المبيض بالرحم بوساطة الرباط الرحمى . وللمبيض أعصاب وأوعية دموية خاصة ، ملتفة بالغشاء البريتونى المتفرع من الطبقة الخلفية للرباط المستعرض . وطرف المبيض المواجه للبوق يتصل مباشرة بإحدى (شرابات) البوقين (Fimbriae) وتسمى (الشرابة المبيضية البوقية) .

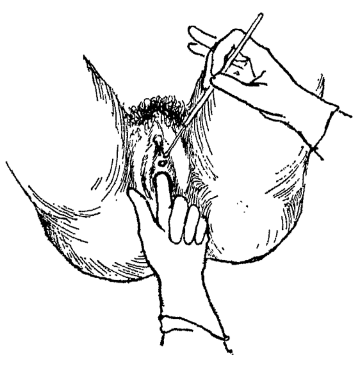
كيفية الكشف على المريضة المصابة بالسيلان

يجب قبل البدء فى الكشف على المريضة المصابة بالسيلان ألا يعمل لها غسيل أبدا ، كما يجب أن تمنع عن البول مدّة ساعتين على الأقل قبل الفحص . وفى حالات الإصابة المزمنة يستحسن تنظيف الشرج بحقنة شرجية حتى يتيسر فحص الرحم والبوقين عن طريق الشرج والمهبل .

ويجب أن تستلق المريضة على ظهرها عند الكشف عليها ، وذلك على منضدة كشف (العمليات) ، مع رفع مستوى الرأس والصدر وتركيز القدمين على حامل الأرجل بالمنضدة . ثم يتقدّم الطبيب بعد ذلك لفحص أجزاء أعضاء التناسل ، فيفصل

الشفرين بأصبعى اليد اليسرى : الإبهام والسبابة ، وقد يجد بين الشفرين إفرازا يمكن أن يأخذ منه نموذجا على سلك بلاتينى معقم، ثم يفحصه على شريحة من الزجاج بطريقة جرام ، غير أنه لاحتمال أن يكون الافراز بين الشفرين محتويا على مواد زلالية غريبة لذلك كان الاعتماد فى العثور على الجونوكوك من هذا الافراز وحده غير كاف .

بعد ذلك يفحص الطبيب فتحة مجرى البول وفتحات سكين والفتحات المحاذية لمجرى البول ليرى إذا كان هناك التهاب أو لا، ثم يضع أصبعا فى المهبل ويضغط على قعر مجرى البول من الخلف إلى الأمام، ويلاحظ خروج إفراز من الممكن فحصه بعد أخذه على السلك البلاتينى وشريحة الزجاج، ثم صبغه بطريقة جرام للبحث عن الجونوكوك .



كيفية أخذ نموذج من إفراز مجرى البول للبحث عن الجونوكوك

ننتقل بعد ذلك للبحث عن فتحتى غدّتى بارثولين على السطح الداخلى من الشفرين الصغيرين، ففى حالة الالتهاب يمكن رؤية الفتحتين ملتهبتين فى محاذاة دهليز المهبل، ويمكن الضغط على قناة الغدّة وفحص ما يخرج منها من إفراز .

بعد هذا الفحص الخارجى يستعمل الطبيب المنظار المهبلى لفحص عنق الرحم وأخذ نموذج من إفراز العنق وفحصها على شرائح زجاجيـــة عديدة ، لأنه لا يمكن التعويل على شريحة واحدة فى البحث عن الجونوكوك .

بعـــد ذلك يفحص الطبيب جسم الرحم والبوقين والمبيضين بالفحص اليدوى المزدوج ، بمعنى أن أصبعيه السبابة والوسطى لليد اليمنى توضعان فى المهبل ، وتوضع اليد اليسرى على البطن فى أعلى العانة ، ثم يوجه الطبيب عنايته الى البحث عن مواضع ملتهبة إما فى البوقين أو فى جسم الرحم ، ويدله على ذلك ما تشـــعر به المريضة من ألم وما يحسه هو من ورم .

وأخيرا يفحص الطبيب فتحة الشرج ، وإذا اشتبه فى وجود التهاب نوعى بها يستعين بالمنظار الشرجى فى البحث عن التهاب بالمستقيم .

وبعد ذلك يأمر الطبيب المريضة بالبول ، ثم بعد أخذ البول فى كأس معقمة يمكن أن يأخذ الراسب القيحى ويفحصه ، إما بصبغه مباشرة ، أو بعد عمل مزرعة على أجار دموى (Blood Agar) . وإن فحص المريضة للتأكد من وجود الجونوكوك قد يكون أمرا عســـيرا فى بعض حالات السيلان المزمن ، فقد يدل فحص الإفراز بعد أخذه على شرائح زجاجية أنه خلو من الجونوكوك . لذلك يجب على الطبيب أن يمس عنق الرحم بمحلول نترات الفضـــة (٢ ٪) ويعطى المريضة حقنة من فاكسين الجونوكوك (٥٠٠ مليون) أو حقنة من الأولان (١٠ سم^{٣}) ، ثم يفحص إفراز عنق الرحم بعد مضى (٢٤ ساعة) ، فإن هذا يساعد فى أحوال كثيرة على ظهور الجونوكوك . وإذا لم تنجح الطريقة المذكورة فيمكن عمل مزرعة من إفراز عنق الرحم على أجار دموى حيث يكون إيجابيا فى حالات الإصابة بالسيلان .

التهاب مجرى البول السيلانى فى الإناث

يصاب مجرى البول بالسيلان فى معظم إصابات السيلان التناسلية فى النساء ، والسبب فى ذلك تعرّض فتحة البول للعـــدوى مباشرة من الرجل ، وعلامة إصابتها

احمرار فتحة مجرى البول وتضخم حافتها ، وظهور نقطة من القيح منها ، إما مباشرة أو بعد حقنها جدار المجرى الأسفل من الخلف إلى الأمام عن طريق المهبل ، وتشكو المريضة بحرقة فى البول أو كثرة فيه . وفى الإصابات الخفيفة قد لاتشكو المريضة عارضا مطلقا ، وهذا هو السبب فى عدم شفاء المريضة تماما من السيلان الرحمى ، لأن عدم شعور المريضة بألم فى مجرى البول قد يكون سببا فى كف المريضة عن العلاج ، فتحصل للمريضة عدوى رحمية جديدة .

سير الإصابة — يدلنا التشريح لقناة مجرى البول على وجود قليل من غدد ليتر ، فإذا تركت الحالة دون علاج تكوّن حول هذه الغدد ألياف ، وإذا استمرت فى تكوّنها فانها تسبب ضيقا وتليفا بمجرى البول ، وقد يحدث أن يتكوّن بوليبوس أو أكثر فى مكان الغدد الملتهبة أو فى إحدى جيوب مرجانى ، لذلك كان من الضرورى فحص مجرى بول السيدات عقب العلاج بمنظار ليز المستعمل للرجال للتأكد من شفاء الغدد المذكورة ، أو مسها بضع مرات بمحلول نترات الفضة (٢ ٪) كما هو الحال فى الرجال . على أنه يلاحظ أن التهاب غدد ليتر فى النساء ليس مستعصيا كما فى بعض حالات الرجال ، وجميع الإصابات فى النساء قابلة للشفاء السريع . وعلينا أن نلاحظ قبل الحكم على شفاء المريضة من سيلان مجرى البول فحص القنوات الموازية لمجرى البول (Paraurethral ducts) ، وكذلك قنوات سكين الواقعة على جانبى الفتحة ، وتتبع مجرى تلك القنوات على قدر المستطاع بمسبر رفيع غير مدبب النهاية ، لأن هذه القنوات تختلف من الوجهة التشريحية فى كل مريضة ، وإهمال تتبع قنواتها قد يكون سببا فى عدوى جديدة بالسيلان بسبب القيح الموجود فى قعرها .

العلاج — ينقسم العلاج ، كما هو الحال فى الرجال ، إلى قسمين : العلاج العام ، والعلاج الموضعى . أما عن العلاج العام فيجب فى الأدوار الأولى منه أخذ كميات كثيرة من السوائل البسيطة القلوية ، على النحو الآتى :

	جـــرام	
ســترات البوتاسيوم ...	٢,٠	في ورقة تكرر ثلاث مرات فى اليوم
سلسلات الصــودا ...	١,٠	
بيكربونات الصــودا ...	٠,٤	

كما يجب الابتعاد عن الأطعمة الملحيـــة ، وعدم إجهاد الجسم بمشى طويل أو جرى ، كما يحسن الجلوس فى حمامات دافئة لتخفيف الألم .

العلاج الموضعى — فى الأدوار الحادّة يجب أن يكون العلاج الموضــعى بسيطا ، كما هو الحــال فى جميع الالتهابات الحادّة فى الأجزاء الأخرى من الجسم . وعلى المريضة أن تنظف أعضاء التناسل الخارجية ، وذلك بغسلها مرتين فى اليوم بالمــاء الدافئ المحتوى على مطهر خفيف مثل حمض البوريك .

بعــد ذلك يعمل غســيل مرتين يوميا على يد الطبيب بمحلول برمنجنات البوتاسيوم ($\frac{1}{8000}$) ، وتستعمل لذلك قسطرة "كد" الزجاجية (انظر الشكل) ويغسل

قسطرة "كد" الزجاجية لغسيل مجرى البول للسيدات
Kidd's Glass Catheter

بمقدار لترأو لترونصف فى كل مرة ، ويجب ألا يعدو هذا الغســيل مجرى البول ، وهذا ما أنصح به فى الأدوار الحادّة . غير أن بعض الثقاة يرى عمل غســيل للمثانة مع المجرى ، وذلك بغسل مجرى البول بقسطرة جانيت ، وهى تستعمل للرجال أيضا . (انظر الشكل) . وبعد ذلك يدفعها الطبيب حتى تصل إلى المثانة ثم يملأها بمحلول

قسطرة جانيت لغسيل مجرى البول

البرمنجنات السابق الذكر ، ثم يخرج القسطرة ويترك المريضة تبول المحلول ، وبهذه الطريقة يمكن عمل غسيل للمجرى فى اتجاهين مختلفين من الأمام إلى الخلف ، ومن الخلف إلى الأمام ، ولكن شخصــيا أفضل غســيل مجرى البول وحده فى الأدوار

الأولى من الإصابة ، وأرجئ الطريقة المذكورة إلى الحالات التى يحتمل أن تكون فيها الإصابة قد وصلت إلى المثانة ، ويمكن أن نستدل على ذلك بشعور المريضة بميل للبول مرات متتابعة .

ويستعمل للمريضة أيضا فاكسين الجونوكوك مثل الجونارجين كما فى الرجال ، فاذا استعمل للمريضة الغسيل المذكور بالطريقة السابقة مدّة تتراوح بين أسبوعين أو ثلاثة فانه فى الأكثر يقف ظهور الإفراز من المجرى ، وتزول العلامات والعوارض الأخرى مثل التهاب فتحة المجرى والحرقة التى تشعر بها المريضة ، وهذا ليس معناه التأكد من شفاء المريضة ، فان الجونوكوك قد يكون مختفيا فى مجرى البول أو فى القنوات المجاورة للمجرى ، لذلك يجب التأكد إكلينيكيا من الشفاء . ويستحسن عقب زوال العوارض وبعد مضى فترة لا تقل عن ثلاثة أسابيع أن يستعمل الطبيب منظار ليز (Luys) للتأكد من خلو المجرى من الالتهابات الموضعيـة فى غدد ليـتر أو جيوب مرجانى ، كما نفحص القنوات المجاورة ، فاذا عثرنا على بقع محتقنة أو جيوب قيحية ، وجب إدخال بوجيهات أو موسعات مستقيمة معدنيـة فى المجرى ، وعمل تدليك عليها من الجدار الأعلى للمهبل من الخلف الى الأمام بقصد إخراج محتوياتها ، وهذا ينطبق خاصة على الحالات التى يستمر علاجها وقتا طويلا بالغسيل .

ومن الطرق الأخرى المستعملة فى علاج مجرى البول عند السيدات فى حالات الالتهاب تحت الحاد حقن المجرى بمحلول الأرجيرول (٤ ٪) بمقدار (٣ سم^3) بحقنة صغيرة أو بمحلول البروتارجول (٢ ٪) . ويعمل هذا مرتين فى اليوم ، كما يمكن أن تستعمل قطعة من السابرى رفيعة معقمة ومغموسة فى الأكتيول والجليسرين بنسبة (١٠ ٪) أو البروتارجول والجليسرين (٢ ٪) ، على أن يدخلها الطبيب فى المجرى بلفها حول مسبر غير مدبب النهاية ، ويستحسن عملها مساء قبل النوم حتى تمكث مدة طويلة . وقد وجدت فى الأسـواق مركبات فضية متنوّعة مجهزة فى حجم قلم الرصاص مثل أقلام بارتارجون ، وهى لهذا يمكن إدخالها فى المجرى وتركها لتذوب من نفسها فتؤثر الى فترة طويلة فى المجرى .

أما قنوات سكين والقنوات المحاذية لمجرى البول فيحتاج علاجها الى عناية أكبر، حيث إن هذه القنوات — كما سبق أن ذكرت — متعرّجة وطويلة ولا يمكن أن يصل الى قعرها أى دواء يحقن من فتحتها الخارجية، لذلك يجب أن يوجه العلاج الى كى هذه القنوات حتى لا تكون سببا فى عدوى المجرى البولى من جديد، ويستعمل لهذا الغرض طريقتان : ففى الأولى تستعمل أقلام نترات الفضة (fused Silver nitrate Sticks)، وفى الثانية يستعمل الكى الكهربائى . وعند اتباع الطريقة الأولى يمكن استحضار مسبر رفيع مدبب النهاية، ويسخن الى درجة الاحمرار ثم يوضع على قطعة نترات الفضة المذكورة، فيغطى بطبقة منها، وبعد ذلك تمس القناة المطلوب كيها ، أما طريقة الكى الكهربائى فيوضع سلك الكى البلاتينى فى القناة المراد كيها. ثم يدار التيار الى مدّة نصف دقيقة ويوقف، ثم يرفع السلك، وبهذه الطريقة تحترق القناة وتتلاشى .

التهاب المثانة السيلانى — تلتهب المثانة فى إصابة السيلان عقب إصابة مجرى البول، خصوصا إذا ترك المجرى بدون علاج فى الابتداء أو أسىء علاجه ، ومكان الإصابة عادة يكون فى القاعدة المثلثية للمثانة ، وهى المحصورة بين فتحتى الحالب وفتحة مجرى البول الداخلية. وأهم العوارض التى تشير الى الإصابة: ألم فوق العانة ، وميل الى البول مرات عديدة ، مع شعور ألم عند البول، كما قد تظهر نقط دموية عقب البول. ويتأكد الطبيب من الاصابة بوجود راسب قيحى فى الكأس الثانية عند البول، كما يمكنه فى الأدوار المزمنة أو تحت الحادة رؤية المثانة بمنظار المجرى أو بالمنظار المثانى، فيرى موضع الالتهاب بسهولة .

العلاج — فى الأدوار الحادة المصحوبة بألم شديد فوق العانة وعند البول يجب على المريضة أن تلزم الراحة، وأن تجلس فى حمامات ساخنة مرة كل ساعتين، كما تتعاطى كميات وافرة من ماء الشعير والأدوية القلوية، وكذلك يجب أن تتعاطى مسكنات خفيفة مثل صبغة البنج وصبغة البلادونا . والمركب الآتى علاج معتاد

إعطاؤه فى مثل هــذه الحالات ، فتأخذ المريضــة فنجانا بعــد الأكل بربع ساعة ثلاث مرات فى اليوم :

	جـــرام	
سترات البوتاسيوم	٢,٠	يعمل منــه قدر عشر جرع
صبغة البنج	١,٥	
سالسلات الصودا	١,٠	
صــبغة البلادونا	٠,٣	
منقوع البوكو لغاية...	٣٠,٠	

وبديهى أن الأدوية القلوية لا تســتعمل فقط إلا عند الابتداء، وذلك لراحة المريضة وجعل البول سهلا منتظما لا يصحبه ألم يذكر، ولهذا لا تستعمل الأدوية القلوية إلا لمدّة تتراوح بين أســبوع وعشرة أيام على الأكثر، إذ يهمنا أن يكون تأثير البول حمضيا لا قلويا، وإذا ما أصبح البول حمضيا يصف الطبيب للمريضة برشام يروتروبين (٠,٥ جرام) ثلاث مرات فى اليوم، وإلا فيجب أن يسبق اليروتروبين بنحو نصف ساعة فوسفات الصودا الحمضى بمقدار جرام واحد فى كل دفعة ليصبح البول حمضيا، وذلك قبل تعاطى اليروتروبين بنصف ساعة، وقد تصادف حالات لا يتيسر فيها تغيير البول من قلوى الى حمضى بسهولة، وفى هذه الحالات يستحسن أن يستبدل اليروتروبين بالهلميتول (٠,٤ جرام) فى كل جرعة، حتى لا يضيع مفعول الأخير فى البول القلوى . والواقع أن قلوية البول ترجع الى وجود ميكروبات مصاحبة للجونوكوك مثل باشلس القولون والميكروب السبحى والعنقودى ، ففى هذه الإصابة المزدوجة يجب بذل الجهد فى تحويل البول الى تأثير حمضى، وذلك بإعطاء المريضة ملح جاوات الصــودا (٠,٣٠ جرام) مع اليروتروبين فى برشــامة واحدة، وكذلك نصف للمريضة حبوب نيوتروبين من واحدة الى اثنين بعد الأكل ثلاث مرات فى اليوم، كما يتناول زرقة الميثلين (٠,١٠ جرام) على أنها مطهــر، فى برشامة ثلاث مرات فى اليوم .

هذا هو العلاج العام وهو من الأهمية بمكان فى التهاب المثانة السيلانى، ويصح

أن يصحبه حقن فى الوريد من التريبافلافين ($\frac{١}{٢}$ ./.) مقدار (٥ سم^{٣}) حقنة كل ثانى يوم، كما يصح استعمال فاكسين ذاتى اذا استعصت الحالة وأزمنت .

العلاج الموضعى — لا نلجأ عادة الى العلاج الموضعى إلا بعد مضى أسبوع أو عشرة أيام على العلاج السابق حيث ننتظر زوال حدّة الإصابة، فيمكن بعد ذلك عمل غسول للمثانة بقسطرة عادية بمحلول ميروكيوروكروم ($\frac{١}{١٠٠٠}$) بمقدار لترين مرة فى كل يوم، كما يمكن استعمال ريفانول ($\frac{١}{٢٠٠٠}$) أو تريبافلافين ($\frac{١}{١٠٠٠}$) مرة كل يوم أيضا، وكذا يمكن استعمال إكريفلافين ($\frac{١}{٤٠٠٠}$) أو أكسسيانور الزئبق ($\frac{١}{٢٠٠٠}$)، ويصح فى الحالات المزمنة عمل غسول للمثانة بمحلول نترات الفضــة ($\frac{١}{١٠٠٠٠}$) مرة يوميا بمقدار لترين .

وفى كثير من الإصــابات تشفى المريضــة عادة بالطرق المذكورة من أدوية وغسول للمثــانة وحقن مطهرة ، غير أنه قد يصادف الطبيب أحيــانا حالة مزمنة لا ينجح فيها العــلاج بالطرق المذكورة ، وأوّل ما يجب عمله فى هذه الحالة فحص المثانة بالمنظار حيث يشير لنا الفحص الى وجود بقع محتقنة أو متضخمة أو بابللوم فى غشاء المثانة، وخصوصا حول فتحتى الحالبين أو فتحة المجرى الداخلية، وعلاج هــذه الحالات ناجح عادة وذلك بمسها بمحلول نترات الفضة (٢ ./.) أو كى البابللوم بجهاز الكى الكهربائى .

التهاب غدّة بارثولين السيلانى — تقع غدّة بارثولين ، كما سبق أن شرحنا ، خلف النصف الخلفى للشــفر الأعظم على كل جانب واحدة، ولها قناة متعرّجة تنفتح فى الســطح الداخلى للشــفر الأصغر، وفى حالة عدم وجود إصــابة فى السيدات لا يمكن تحديد حجمها باللمس، ولكن فى حالة الإصابة بالسيلان تأخذ حجم البندقة أو أكثر ، ويمكن رؤيتها منتفخة بمجرّد النظر للمهبل . وفى حالة إصابتها فى الدور الحــاد يمكن رؤية بقع قيحية مائلة الى الخضرة من فتحة قناتها ، وهــذه تحتوى على ميكروب الجونوكوك مع كرات قيحية كثيرة ، وقد يزول الالتهاب بعــد انسداد قناة الغدّة وعمل خراج مكانها ينفتح فى طريق آخر فيكوّن ناسورا فى الغدّة .

أما فى الحالات المزمنة فتتقلص الغدّة قليلا ، ويمكن تقدير حجمها بفحصها بين الأصبعين السبابة والإبهام ، حيث نشعر بجزء متضخم غير مؤلم للمريضة . ولما كان التهاب الغـدّة فى الحالات المزمنة لا يسبب ألما للمريضة ، فهى تترك كثيرا نفسها بدون علاج ، مع أن الإفرازات الخفيفة الخارجة من الغـدّة كافية لعدوى السـيدة مرات عديدة من جديد ، لذلك يجب فحص غدّتى بارثولين جيدا عند تقدير حالة شفاء مريضة من السيلان المهبلى أو الرحمى أو البولى .

علاج التهاب بارثولين الحاد — تعالج هذه الغدّة فى حالة الالتهاب الحاد ، كما تعالج أى غدّة أخرى ملتهبة كالغـدد الأوربية مثلا . لذلك نستعمل مكمدات ساخنة مرة كل ساعتين ، أو لبخة الانتفلوجستين مرة كل (١٢ ساعة) ، فإذا زال الالتهاب أمكن حقن القناة من فتحتها بمحلول الأرجيرول (٤٪) ، أو التريبافلافين (٢٪) مرة كل يوم ، حتى يزول إفراز الغدّة وتضخمها . أما اذا كونت خرّاجا فالعلاج الوحيد عمل فتحة صليبية + فى الغدّة ، مع عمل كحت خفيف فى جدارها



خراج الغدّة بارثولين (للمؤلف)
يشاهد ظهور الورم فى الجهة اليسرى من الشكل

بملعقة الكحت ، حتى يمكن فتح الجيوب القيحية فتحا كاملا ويعمل لهـا (غيار) بمحلول التريبافلافين (٢ ./.) .

علاج التهاب غدّة بارثولين المزمن — فى حالات الالتهاب المزمن تكون القناة فى الأكثر مسدودة أو ضيقة بسبب الألياف الالتهابية المتكوّنة حولها ، لذلك يعتبر أصوب علاج لهـا إزالتها بعملية جراحية ، مع ملاحظة ربط فتحة القناة بعد إزالة الغدّة ، كما يلاحظ إزالة غشاء الغدّة إزالة كاملة حتى لا يترك جزء مصاب بدون إزالة . وفى الحالات التى يصعب فيها إزالة الغدّة لأى سبب من الأسـباب مثل الضعف العام أو البول السكرى المتقدّم أو أمراض أخرى ، يكتفى بحقن الغدّة نفسها بمحلول الكثرارجول (١ ./.) أو تريبافلافين (٢ ./.) ، كما يجب إعطاء المريضة فاكسين مثل جونارجين ، حقنة كل ثانى يوم حتى لا تصاب المفاصل أو تحصل أى مضاعفة سيلانية أخرى .

التهاب فتحة المهبل السيلانى — تلتهب فتحة المهبل فى البنات بسـبب استهواء شاب مصاب بالسيلان لهن ، وفى العـادة يكون غشاء البكارة موجودا ، ولا أقصد فى هـذا الباب بخص حالات البنات المصابات فى سنّ الطفولة أو دون سنّ البلوغ ، وإنما أقصد المصابات بعد هذه السنّ .

وفى العادة لا تلتهب فتحة المهبل فى السيدات إلا بعـد إصابة أجزاء التناسل الأخرى مثل عنق الرحم أو مجرى البول ، فالغشاء لا يصاب بالسيلان إلا بعد مرور إفرازات مدّة طويلة فتحدث به تقرّحات والتهابات ثانوية . أما فى البنات اللاتى يجاوزن سنّ البلوغ واللاتى يحتفظن ببكارتهن فمن الممكن إصابة فتحة المهبل بالسيلان لأوّل ملامسة ، وذلك لنعومة غشاء الفتحة ولأن الإصابة فى الابتداء موجهة الى الفتحة الخارجية . وشكوى المصابة فى هذه الحالة يكون من ظهور إفراز من فتحة المهبل والتهاب بالأجزاء الظاهرة مثل الشفرين ، وحرقة فى البول ، كما تجد المريضة صعوبة وألمـا عند المشى ، فهى لذلك تحاول إبعاد ساقيها بعضهما عن بعض . ويعوّل بعض الأطباء على وجود الجونوكوك فى الإفراز الخارجى ، مع أنه قد لا يوجد الجونوكوك

بين الميكروبات الثانوية العديدة المكوّنة للقيح، مثل الدبلوكوك والنيوموكوك وباشلس القولون والميكروب السبحى، لذلك يجب أن يكون تعويلنا على ظهور العوارض الإكلينيكية فى هذه الحالة، وأما اذا كانت الإصابة فى سيدة (ليست بكرا) ففى الأكثر يكون الجونوكوك موجودا فى إفراز عنق الرحم، لذلك يتيسر فحصه للاستدلال على الإصابة .

العــلاج — من أصعب الإصابات علاجا على الطبيب حضور عذراء حافظة لبكارتها ومصابة بإفراز سيلانى بفتحة المهبل، وتزداد الحالة صعوبة اذا كانت البكارة كاملة الاستدارة . وفى بلاد شرقية كبلادنا حيث يهم البنت المحافظة على بكارتها ، يشعر الطبيب بأنه مكتوف اليدين فى علاجها، لأن البنت تمتنع عن الحضور الى الطبيب حياء ولا يكون هذا منها إلا بعد مضى وقت كافٍ لوصول الإصابة الى عنق الرحم . ويستلزم العلاج فى هذه الحالة فض البكارة واستعمال المنظار المهبلى، وإنى أذكر أربع إصابات استعصى على شفاؤها فى حالة وجود غشاء البكارة، فتزوّج صواحباتها بعد زوال العوارض الظاهرة، ثم تم علاجهن بعد الزواج فشفين تماما .

يعمل غسيل خارجى مرتين يوميا بمحلول تريبافلافين ($\frac{١}{٢٠٠٠}$) أو برمنجنات البوتاسيوم ($\frac{١}{٦٠٠}$)، ويصح أن تجلس المريضة مرتين يوميا فى حمامات دافئة من الماء المخلوط عليه قليل من بيكربونات الصودا لتساعد على ذوبان الإفرازات المتلاصقة فى أعلى الفخذين، ولنقلل من الألم الناتج عن الاحمرار والالتهاب — عقب الغسيل يمكن حقن (٤ سم^{٣}) من محلول الأرجيرول (٥٪) فى المهبل من إحدى فتحات البكارة الطبيعية، أو وضع قطعة من السابرى المعقم الممزوج بالمحلول المذكور بكل احتياط فى المهبل من خلال الفتحات الظاهرة وذلك بمسبر رفيع . واذا عثر الطبيب على بقع ظاهرة متضخمة أو ملتهبة بسبب استمرار الإفراز ومروره عليها، فيمكنه مس تلك البقع بحجر جهنم أو كيها بالكهرباء، ويمكن دهان ما بين الفخذين عقب العلاج بطبقة رقيقة من مرهم البوريك منعا للاحتكاك، كما يمكن استعمال مسحوق التالك لتجفيف الأجزاء الرطبة بين أوقات العلاج . ومن المهم إعطاء

المريضة فاكسين الجونوكوك مثل الجونارجين أو الجونوياترين أو فاكسين انتجونوكوك (كلان) .

التهاب المهبل السيلانى — إصابة المهبل بالسيلان تكون عادة إصابة ثانوية تعقب إصابة عنق الرحم أو مجرى البول أو غدّة بارثولين، والسبب فى ذلك كثافة الغشاء المخاطى للمهبل وعدم تأثره مباشرة بالميكروب، وفوق ذلك فإن غدد المهبل بها باشلس يفرز إفرازا حمضيا يؤثر على الميكروبات ويجعلها غير قادرة على البقاء فى المهبل، ويمكن تمييز ثلاثة أنواع من التهاب المهبل السيلانى :

(١) النوع الأوّل — الاحتقان المهبلى، وفيه يظهر غشاء المهبل ملتهبا وذا لون أحمر قاتم، وتظهر عليه طبقة صفراء من القيح، وهذا القيح بتجمعه يسبب إزالة الطبقة العليا للغشاء فيترك تقرّحات سطحية مغطاة بطبقة رقيقة بيضاء من الافرازات الالتهابية .

(٢) النوع الثانى — التهاب المهبل الحبيبى، وفيه يرى سطح المهبل محببا بسبب ظهور بروز من زوائد التهابية .

(٣) النوع الثالث — التهاب المهبل الغشائى، وفيه يغطى سطح المهبل طبقة كثيفة ملتصقة بالغشاء، ولا يمكن ازالتها بسهولة، وهى تشبه غشاء الدفتريا. ويلاحظ أن هذه التقسيمات عرفية تعبر عن تطوّر الالتهاب من دور الاحتقان الى ظهور الطبقة الغشائية .

العلاج — لما كان المهبل فى حالته الطبيعية يقاوم العدوى من الابتداء بسبب وجود الباشلس الذى يفرز إفرازا حمضيا، لذلك يجب أن يوجه العلاج الى إيجاد حالة تشبه الحالة الطبيعية، وذلك فى حالة التهاب المهبل السيلانى، كما أنه لما كان من طبيعة التهاب المهبل ظهور تآكل فى الغشاء — لذلك يجب ألا تكون ضمن مواد العلاج أدوية قلوية أكالة حتى لا تزيد الحالة سوءا . وعلى ذلك فيجب الامتناع بتاتا عن عمل (دوشات) مهبلية بمحلول برمنجنات البوتاسيوم فى هذه الحالة، لأن المهم علاج الالتهاب المهبلى أوّلا، لذلك كان أهم ما يعمل فى هذه الإصابة هو

عمل (دوشات) مهبلية مرتين فى اليوم بمحلول دافئ من حمض اللبنيك ($\frac{١}{١٠٠}$) بمقدار لترين فى الصباح ومثلها فى المساء ، حيث تشعر المريضة براحة تامة عقب هذه (الدوشات) . وقد جربت أيضا محلول الميركيوروكروم ($\frac{١}{١٠٠٠}$)، على أنه غسيل فى هذه الحالات ، فوجدت تحسنا ظاهرا فى كثير منها . وزيادة على ذلك يمكن استعمال لبوس من حمض البكريك بالنسبة الآتية :

	جرام	
مسحوق حمض بكريك	١	تغمس فيه قطعة مستديرة من القطن تترك فى المهبل عقب غسيل المساء وترفع فى الصباح
جلسرين	١٠	
ماء مقطر إلى	١٠٠	

فاذا استمر العلاج بهذه الطريقة مع استعمال فاكسين الجونوكوك تحت الجلد ، فإن الحالة تتحسن بعد مضى ثلاثة أسابيع أو أربعة ، ويمكن التأكد من ذلك بعد فحص الإفراز المهبلى حيث لا نعثر على الجونوكوك ونجد أن كمية القيح الموجودة تقل ، وإذا تبين من الكشف وجود حبيبات ملتحمة ومرتفعة فيمكن مسها مرة أو اثنتين بمحلول نترات الفضة (١ ٪) أو بحجر جهنم ، وفى الحالات التى لا تستفيد من المس يمكن عمل كى كهربائى لها .

التهاب عنق الرحم السيلانى — تلتهب عنق الرحم فى إصابة السيلان ، إما مباشرة ، وهو المعتاد حصوله فى كثير من الحالات ، أو عقب إصابة مجرى البول أو المهبل . وعنق الرحم من الأهمية بمكان فى إصابة السيلان ، لأن علاجه يحتاج إلى عناية كبرى بسبب اختراق الجونوكوك للغشاء العنقى الداخلى وبقائه مختبئا فى القنوات والغدد الموجودة فى الطبقة تحت الغشائية والعضلية لعنق الرحم ؛ وقد يكون من الصعب العثور على الجونوكوك فى الإفراز المأخوذ من عنق الرحم — لذلك لا يعول على تحليل واحد نتيجته سلبية ، بل المعول عليه هو العلامات الإكلينيكية . أما التحليل البكتريولوجى فلكى يكون مفيدا وقريبا من الواقع يلزم أخذ نموذج للفحص عقب الدم الشهرى (الطمث) ، حيث يسبب الاحتقان والتهيج الرحمى كثرة الإفراز ،

فيحتمل كثيرا أن يظهر به الجونوكوك ، ويستحسن دائما أن يسبق الفحص إعطاء المريضة حقنة من فاكسين الجونوكوك بيـوم ، ومس عنق الرحم فى الوقت نفسه بمحلول نترات الفضة بنسبة (٢ ٪) بقطعة من القطن المعقم مثبتة على مسبر رحمى ، ويعوّل كثير من الأطباء على عمل مزرعة من الإفراز الرحمى ، وهى طريقة لا بأس بها ، ولكنى لا ألجأ إلى ذلك إلا بعـد اتباع الطرق السابقة التى ذكرتها . وينقسم التهاب عنق الرحم السيلانى إلى دورين حادّ ومزمن .

التهاب عنق الرحم الحاد — فى الابتـداء قد لا تشكو المريضـة عارضا بسبب التهاب عنق الرحم السيلانى الحاد ، ولكنها قد تلاحظ بعد بضعة أيام ألمـا فى أعلى العانة وظهور إفراز مهبلى أصـفر اللون أو مائلا الى الخضرة ، وعند فحص المريضة بالمنظار الرحمى يظهـر العنق محتقنا ومنتفخا ، كما تظهر فتحة العنق حمراء ، ويظهـر إفراز لزج أخضر أو أصفر اللون خارجا من العنق ، وقد يسبب هـذا الإفـراز ظهور بقـع ملتهبة أو متآكله حول العنـق بسبب ما يحـدثه من التهيج فى سطحه الخارجى ، وهذه الحالة سهلة التشخيص لظهور العوارض السابقة ولوجود الجونوكوك داخل الخلايا وخارجها عند فحص نموذج من الإفراز على شريحة زجاجية بطريقة جرام .

العلاج — علاج هذه الحالة سهل فى الابتداء ، ولكن عدم تقدير المريضة لإصابتها واستهانتها بها يسبب إزمانها ، لأنها لاتحدث ألمـا ما يسترعى نظر المريضة فتبكر فى العلاج ، لذلك يجب على الطبيب المعالج بمجرّد فحص مريضة مصابة بالتهاب سيلانى حاد بعنق الرحم أن يفهمها ضرورة التزامها الراحة وعدم القيام بمجهود جسمانى حرصا على عدم إصـابة البوقين والمبيضين ، كما يصف لهـا صبغة البـلادونا حتى لا تتقلص عضلات أجزاء الرحم فتسبب انتقال الإصابة الى البوقين ، ويمكن أن نصف لها محلولا قلويا كالآتى :

	جـرام	
بيكربونات الصودا	٠,٤	وتكرر الجرعة ثلاث مرات فى اليوم
سلسلات الصـودا	١,٠	
سـترات البوتاسيوم	٢,٠	
صـبغة البلادونا	٠,٣	
ماء إلى مقـدار	٣٠,٠	

العلاج الموضعى من الأهمية بمكان فى هـذه الاصابة ، لأن العدوى ما زالت سطحية ويخشى معها على عدوى الأجزاء التناسلية الأخرى أو المجارى البولية . لذلك تستلق المريضة على ظهـرها على منضدة الكشف وتثنى ساقيها وتثبت قدميها على رافعى القـدمين ، ثم ينظف الطبيب أجزاء التناسل الخارجية بغسلها جيدا بمحلول ليزول مخفف أو أكسسيانور الزئبق ($\frac{1}{2000}$)، وذلك بقطعة من القطن المعقم محملة على حامل معدنى بعد غمسها فى المحلول السابق الذكر .

بعـد ذلك يدخل الطبيب فى المهبـل منظار كاسكو الرحمى بكل اعتناء حتى لا تتألم المريضـة ، وذلك بعد تعقيمه جيـدا بغليه ثم وضعه فى محلول مطهر مدّة كافية ، وإنى دائما أفضل فى هـذه الحالة استعمال المنظار ذى الفتحات حتى يتيسر تنظيف جدران المهبل جيـدا . بعد ذلك نبـدأ فى تنظيف المهبـل وعنق الرحم بإحدى طريقتين : الأولى — مسح الجدران جيدا بقطعة من السابرى معقمة مبللة فى محلول مطهر مثل الميركيوروكروم (١ ٪) . والثانية — عمل غسيل مهبلى بنفس المحلول بمقدار لترين بنسبة (١,٠ ٪)، وإنى أفضل عمل الغسول لأنه أضمن فى تنظيف المهبل تنظيفا تاما ، بعد ذلك يجفف الطبيب المهبل من المحلول بقطعة من السابرى (الشاش) أو القطن المعقم ، ثم يمس عنق الرحم الخـارجى وقناة العنق بقطعة من القطن محملة على مسـبر رحمى ، وذلك بمحلول بروتارجول مع الجليسرين بالنسبة الآتية : ١ بروتارجول، ١٠ جليسرين، ١٠٠ ماء مقطر . وفائدة الجليسرين امتصاص الإفرازات السائلية وإخراجها، كما يصح استبدال البروتارجول بالأرجيرول (٢ ٪) أو الميركيوروكروم (١ ٪) أو التريبافلافين (٢ ٪)، ثم نضع فى المهبل لبوسا

من القطن المغموس فى محلول الأكتيول والجليسرين (١٠٪)، ويترك مدة تتراوح بين (٨ و ١٢ ساعة) على أن ترفعها المريضة بنفسها . وبعد ١٢ ساعة من بدء العلاج يكرر العلاج مرة ثانية، وهكذا يعمل علاج مرتين فى اليوم لمدّة تتراوح بين ثلاثة أسابيع وأربعة، فينقطع بذلك الإفراز، ويمكن عمل تحليل له إن وجد، وعند خلوه من الجونوكوك وكرات القيح الكثيرة نتأكد من الشفاء، ويلاحظ أن إعطاء المريضة فاكسين الجونوكوك مثل الجونارجين حقنة كل ثانى يوم يساعد كثيرا على شفائها، كما يصح استعمال الكازين ياترين أو حقن اللبن فى العضل حقنة كل ثانى يوم، فيساعد ارتفاع حرارة المريضة على التغلب على الجونوكوك .

التهاب عنق الرحم السيلانى المزمن — إن أكثر ما يرد على طبيب أمراض النساء من الالتهابات الرحمية هى حالات الالتهاب المزمن لعنق الرحم ، والسيلان هو السبب فى أكثر من (٦٥٪) من هذه الحالات كلها، وخصوصا فى السيدات التى لم يسبق لهن حمل ووضع، كما قد يكون الميكروب السبحى والنيوموكوك السبب فى التهاب عنق الرحم فى هذه الحالات الأخيرة (عند النساء اللاتى سبق لهن حمل ووضع) .

وسبب إصابة السيلان المزمن لعنق الرحم هو ترك المريضة نفسها دون علاج، حيث لا ينبهها لحالتها ألم معين كما ذكرت، أو عدم العناية الكافية فى علاج الإصابة فى الدور الحاد . وإذا علمنا أن الطبيب يجد صعوبة كبيرة فى علاج الإصابة المزمنة تبين لنا ضرورة بذل أقصى ما يمكن من العناية فى علاج الإصابات الحادة حرصا على حياة المرأة التناسلية، حيث إن أكثر ما يسبب العقم لهن هو الإصابة بالسيلان . ولما كان هذا البحث يعدّ من أهم الموضوعات فى إصابة السيدات بالسيلان فسأتكلم عنه بإسهاب من حيث العوارض والعلامات والتشخيص والإنذار والعلاج .

العوارض — من أهم ما تشكو منه المريضة التى تحضر لنا فى المستشفيات السرية العقم الذى يرجع تاريخه الى بضع سنوات . وقد تشكو من ظهور إفراز كل يوم من المهبل، كما قد تشكو من ألم فى التنة وألم فى الظهر فى الجزء القطنى العجزى

من العامود الفقرى، وتشكو أيضا من عدم انتظام الطمث الشهرى من حيث الكمية ومواعيد ظهورها ، وفى العادة تشعر المريضة فى هذه الحالة بألم عند نزول الطمث مع قلة فى مقداره عن المعتاد ؛ ويلاحظ بعض المرضى كثرة نزول الإفراز الرحمى قبل الطمث ببضعة أيام، وقد تشكو المريضة من عوارض أخرى مصاحبة ترجع الى إصابة المثانة أو المبيض بالسيلان .

العلامات — عند فحص المريضة بالمنظار الرحمى نشاهد تضخما فى العنق مع احمرار حول فتحته ، وظهور إفراز من الفتحة يختلف فى النوع والكمية فى بعض الحالات عن الأخرى، كما أن مدّة المرض تؤثر فى نوع الإفراز، فكلما أزمنت الإصابة أصبح الإفراز مائيا أكثر منه لزجا ، وبالنسبة الى كثرة سيل الإفراز على السطح الخارجى لعنق الرحم فإن الطبقة السطحية للغشاء تتأكل وتنمو عليها خلايا من نوع الخلايا الموجودة فى قناة عنق الرحم فتتكوّن طبقة حمراء خشنة الملمس سهلة الإدماء، وهو ما يصطلح عليه باسم تسلخ عنق الرحم (Erosion) ، وقد يسبب الإفراز كذلك انسداد غدد نابثيون (Nabothian follicles) فتحوّلها الى أكياس ذات طبقة رقيقة يمكن رؤيتها على السطح الخارجى للعنق .

التشخيص — قبل فحص الحالة يجب معرفة تاريخ الإصابة والأدوار التى مرت عليها المريضة من الالتهابات الرحمية أو التى فى المجارى البولية، لأن ذلك يساعد كثيرا على إعطاء فكرة عن نوع الإصابة ودرجة إزمانها . بعد ذلك تفحص غدد بارثولين وقنوات سكين ومجرى البول والمثانة ، للبحث عن إفراز فيها يمكن فحصه على شريحة من الزجاج للعثور على الجونوكوك إن وجد، كما أن التهاب هذه الغدد والقنوات واحمرارها يشير إلى الإصابة . بعد ذلك نفحص عنق الرحم بالمنظار الرحمى ، ونفحص الإفراز الرحمى بعد أخذه بوساطة سلك بلاتينى محمول على رافع من الزجاج، ثم نضعه على شريحة زجاجية ونحلله بطريقة جرام . ولا نكتفى بالتحليل مرة واحدة اذا تبين أن النتيجة سلبية للجونوكوك ، بل يجب أخذ نموذج على مرات مختلفة . ويستحسن أخذ النموذج قبل الطمث الشهرى أو بعده مباشرة، فان ذلك

يعطى فرصة للعثور على الجونوكوك ، بسبب احتقان الغدد ووفرة إفرازها . وقد نلجأ لعمل مزرعة — كما سبق أن ذكرت — إذا لم يثبت لنا إكلينيكيا أن الاصابة بسبب السيلان .

ولما كان تسلخ عنق الرحم المسبب عن السيلان من الجائز أن يتسبب عن عوامل أخرى مرضية ، لذلك يجب التفرقة بين إصابة السيلان وغيرها . والحالات التى يصح الاشتباه فيها هى :

(أوّلا) القرحة الزهرية — القرحة الزهرية تحدّها دائرة منتظمة تميل الى الصلابة ، ونشعر بذلك عند لمسها بالأصبع ، بعكس التسلخ السيلانى فاننا لا نشعر حوله بصلابة . وفى القرحة الزهرية نعثر على غدد متضخمة فى الأوربية بعكس السلخ السيلانى فلا نشعر بهذا التضخم فى الغدد . ويمكن العثور على الأسبيروكيتا باليدا فى مصل القرحة الزهرية ، كما أنه من الجائز أن نعثر على طفح وردى عام بالجسم إذا بدأ دور انتشار الزهرى فى الظهور .

(ثانيا) ابتعاد شفتى العنق (Ectropion) — فى هذه الحالة يصاحب ابتعاد شفتى عنق الرحم الأمامية والخلفية بعضهما عن بعض التهاب حول فتحة العنق . ويحصل ذلك بسبب تمزق العنق من ولادة عسرة . وهذه الحالة من السهل تشخيصها إذا قبضنا على كل من الشفتين بجفت أمريكى وتقريب الشفتين بعضهما من بعض ، حيث يتبين فى هذه الحالة انطباق الشفتين بعضهما على بعض وظهور فتحة العنق بينهما . وهذا بالطبع لا يحصل فى حالة تسلخ العنق السيلانى .

(ثالثا) القرحة الدرنية — تظهر القرحة الدرنية فى شكل قرحة ذات حافة محفور تحتها ، والحافة ناعمة ، وقعر القرحة غير منتظم ومغطى بطبقة رقيقة مائلة للصفرة . والمريضة تكون عادة نحيلة الجسم ، وتشكو من عوارض السل فى أجزاء أخرى من الجسم ، مثل السل الرئوى أو سل الغدد أو العظام .

(رابعا) بلهارسيا العنق — قد يحصل أن يصاب العنق بالبلهارسيا فتظهر مشابهة تماما للتسلخ السيلانى . وقد رأيت حالتين من هذا القبيل ، غير أن بلهارسيا

العنق تظهر فى شكل ورم هش فى شكل "التوتة"، ويمكن أن تتساقط فى اليد مثل بابللوم الشرج أو المثانة المسبب عن البلهارسيا ، ويمكن العثور على البويضات إذا فحص جزء منه بدقة أو فحص البـول أو البراز . وهى تتحسن مع علاج البلهارسيا المعـــروف .

(خامسا) القرحة الأكالة (الفاجدينا) (Phagedena) ـــ هذه حالة نادرة ولكنها جائزة الحصول، وقد رأيت ثلاث حالات لفاجدينا العنق ممتـدة من فتحة العنق حتى الجيب الخلفى للمهبل (Posterior fornix) . وتظهر هـذه القرحة فى شكل غائر فى العضـل الرحمى متسع الغور ، ويمتـد الاتساع بسرعة الى الأجزاء المجاورة . وقد التحمت الحالات المذكورة بعد أن استعملت لها الكى بالديائرمى .

(سادسا) الأورام الخبيثة بالعنق ـــ سرطان عنق الرحم كثير الحصول، ومن الصعب تشخيصه فى الابتـداء نظرا لقلة ظهور العـلامات ، إلا أن التبكير فى تشخيصه من الأهمية بمكان لأن العلاج الناجع يتوقف على ذلك . وأهم علامات القرحة الخبيثة تحجر حافتها وارتفاع تلك الحافة عن السطح . وقد يظهر إفراز رحمى مائى قابل للصفرة ليس به ميكروبات معينة، ويحصل نزيف من الورم أثر الفحص، أو المباشرة الجنسية، أو من تلقاء نفسه نظرا لإصابة الأوعية الدموية وتآكلها بسبب الورم نفسه . ومن الجـائز إذا مضى على الإصابة وقت طويل أن تشكو المريضة من ألم وتظهر عليها عوارض الهزال وفقر الدم . وفى العـادة تكون هـذه الإصابة فى سيدة متقدّمة فى السنّ .

الإنذار ـــ تختلف الحـالات بعضها عن بعض من حيث الإنذار . فقـد تكون الحالة مزمنة ولكنها لم تؤثر على البوقين أو المبيضين . ومثل هذه الإصابة قابلة للشفاء بالعلاج . أما الحالات التى تعرّض فيها البوقان والمبيضان للإصابة، وأصيبت بكيس مائى (Hydrosalpinx) أو كيس قيحى فى البوقين، فإن الاصابة تستمر رغم علاجها، بسبب تساقط السائل على العنق بين آن وآخر. ولكى تشفى مثل هذه الحالة

تماما يجب أن تعالج بالطرق الجراحيـة على يد جراح اخصائى فى أمراض النساء .
وقد تشـفى إصابة عنق الرحم ثم تعود فتتكرر الإصابة بسبب وجود إصابة مزمنة فى مجرى البول أو قنوات سكين أو غدّة بارثولين. لذلك يجب الدقة فى فحص الحالة قبل الحكم على شفاء المريضة .

العـــلاج ــ نظرا لأهمية هذه الإصابة ولصعوبة علاجها بطريقة واحدة معينة تشعبت طرق العلاج ، بحيث قد تشفى حالة على علاج بطريقة معينة ، بينما لايفيد نفس العلاج فى حالة أخرى مشابهة لها بل يستلزم اتباع طريقة أخرى . من أجل ذلك سأذكر هنا باسهاب جميع الطرق المتبعة ونتائج علاج الحالات فى كل منها . وقد قسمت العلاج الموضعى الى ستة أقسام، مع ملاحظة أن العلاج العام ، وهو إعطاء حقن فاكسين الجونوكوك أو فاكسين ذاتى وتقوية المريضة بالأدوية المناسبة يجب أن يستعان به مع العلاج الموضعى، وسأذكر ذلك عقب العلاج الموضعى .

طرق العلاج الموضعى :

(١) العـلاج بالغسول والمس بالأدوية الكاوية . (٢) تنشـيط الدورة الدموية موضعيا فى العنق باستعمال ماصـة مل (Mill's Suction apparatus) . (٣) طريقة حقن عضـل الرحم موضعيا بأدوية خاصة . (٤) العـلاج بالتحليل الكهربائى (Ionisataion) . (٥) العلاج بالدياترمى . (٦) العـلاج بالعمليات الجراحيـــة .

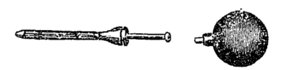
(١) العلاج بالغسول والمس بالأدوية الكاوية ــ يستعمل منظار كاسكو الرحمى كالمعتاد، أما الغسول فيقصد منه تنظيف المهبل ممـا تكون فيه من إفراز وخصوصا فى الجيب الخلفى . لذلك يستحسن أن يكون الغسول بمحلول حمض اللبنيك (١ ٪) بدلا من برمنجنات البوتاسيوم وذلك خوفا من حدوث تقرحات مهبلية بسبب كثرة استعمال محلول البرمنجنات القلوى التأثير .

وفى الإصابات المزمنـة كثيرا ما يكون إفراز عنق الرحم لزجا لا يتيسر إخراجه من العنق بسهولة . لذلك يمكن إذابتـه وإزالته بقطع من السابرى أو القطن محملة

على مسبر ومشبعة بمحلول البوتاسا الكاوية المخففة أو بيكربونات البوتاسيوم وذلك قبل عمل مس لها بالأدوية المطهرة حتى يمكن أن تؤثر فى العنق مباشرة، ومن الواجب أن نفهم المريضة بضرورة لزومها الراحة قبل الطمث وبعده بيومين، حتى لا تصل العدوى الى أجزاء أخرى غير عنق الرحم بسبب تقلص الرحم . وإذا كانت المريضة ضعيفة البنية أو مصابة بفقر دم فيمكن أن نصف لها شراب الهيموجلوبين أو مزيج الحديد الملين أو غيرهما، كما أنه يصح أن توصف لها مسكنات إذا صحب ظهور الطمث ألم .

أما المحاليل المستعملة لمس عنق الرحم فمعظمها أدوية كاوية يجب أن تستعمل بحيطة كافية، بمعنى أنه يجب ألا يسيل الدواء على عنق الرحم من الخارج ولا على المهبل فيسبب التهابا وتقرحا ، لذلك يجب ألا نغلو كثيرا فى غمس قطع السابرى فى الدواء . والأدوية المستعملة للمس هى : (١) محلول الميركيوروكروم المائى بنسبة (٣٪) ، ويستعمل فى مس العنق مرة فى اليوم . (٢) محلول يود فنيك بنسب متساوية مرة فى اليوم . (٣) محلول حمض البكريك (٢٪) فى الماء مضاف اليه جليسرين (١٠٪) . (٤) محلول أكريفلافين أو تريبافلافين (٢٪) مرة فى اليوم . (٥) كذلك مركبات الفضة وهى نترات الفضة (١٪) أو الفضة الغروية النقية أو محلول البروتارجول (٤٪) أو كلارجول (٣٪) أو البرجين (٣٪) أو أرجيرول (٦٪) . وبعد المس تترك فى المهبل قطنة مشبعة بمحلول الأكتيول والجليسرين بالنسبة نفسها ، على أن ترفع بعد مدّة تتراوح بين (١٢ و ٢٤ ساعة) . وفائدة هذه الأخيرة إحداث احتقان فى العنق وامتصاص السوائل الموجودة بها، ويستحسن ربطها بقطعة من الخيط حتى يسهل للمريضة رفعها، ويمكن شراء بويضات مركبة من الجليسرين والأكتيول بنفس النسبة بدلا من قطعة الأكتيول والجليسرين، وتترك فى المهبل لتذوب من تلقاء نفسها، كما يمكن أن نستبدل بالأكتيول والجليسرين محلول حمض البكريك (٢٪) مع الجليسرين (١٠٪) فيجفف حمض البكريك السوائل بسهولة .

(٢) تنشيط الدورة الدموية لعنق الرحم بماصة مل (Mill's Suction Bougies) — يتكون جهاز مل من قطعتين : الأولى منهما معدنية ومكونة من أنبوبة مقسمة الى شكل نوافذ، كما يرى من الرسم . وثانيتهما كرة من المطاط تركب فى نهاية القطعة المعدنية . وطريقة استعماله هى أن يعقم الجهاز و يضغط على كرة المطاط حتى يفرغ ما بها من هواء و بالمنظار الرحمى يمكن إظهار عنق



جهاز من الماص لعنق الرحم

الرحم وتثبيتها بجفت أميركانى باليد اليسرى ، ثم إدخال الجهاز الماص باليد اليمنى وهى ضاغطة على الكرة، فيدخل الجزء المعدنى فى عنق الرحم ، و بعد ذلك نوقف الضغط على الكرة . ويمكن أن تكرر العملية مرارا فيحدث احتقان فى العنق ، و بهذا تخرج الإفرازات الموجودة فى داخله . ثم نخرج الجهاز وننظفه لاستعماله ثانية بعد يومين أو ثلاثة ، ويستحسن أن نعمل مسا لقناة العنق بعد هذه العملية بإحدى المحاليل السابقة الذكر ، فيكون المس ذا أثر فعال بعد امتصاص السوائل الموجودة فى داخل العنق .

(٣) العلاج بحقن عضل عنق الرحم — هذه الطريقة ناجعة جدًا فى العلاج ، وعلى الأخص فى حالة التسلخ السيلانى (Gonococcal Erosion) . وقد استعملت بنجاح حقن العضل بالميركيوروكروم بنسبة (١ ٪ محلول مائى) . وطريقة العلاج هى أن نظهر عنق الرحم بالمنظار الرحمى المعتاد (كاسكو) ، ثم ننظف المهبل وعنق الرحم بغسلهما بمحلول ليزول مخفف . بعد ذلك نثبت الرحم بجفت أميركانى يقبض على الشفة السفلى للعنق ، ثم نعد حقنة ريكورد (سعة ٥ سم^3) ونثبت بها إبرة من البلاتين طويلة ونملأ منها نحو (٣ سم^3) من محلول الميركيوروكروم المجهز بنسبة (١ ٪) . ثم ندخل الإبرة المركبة على الحقنة من فتحة العنق (فى الاتجاه

المقابل للساعة ٣) بحيث تنفذ إلى داخل الطبقة العضلية للعنق ، ونحقن بعناية كافية وببطء مقدار ($\frac{1}{2}$ سم^3) من المحلول . بعد ذلك نخرج الإبرة ونحقن فى الطبقة العضلية للعنق (فى الاتجاه المقابل للساعة ٦) مقدارا مماثلا من المحلول ، ونخرج الإبرة ونحقن العنق فى العضل (فى الاتجاه المقابل للساعة ٩) مقدارا ثالثا ($\frac{1}{2}$ سم^3) . وبذلك نكون قد حقنا نحو (١$\frac{1}{2}$ سم^3) من المحلول فى عضل الرحم من جميع جهاته . وتكرر هذه العملية مرتين فى الأسبوع ويكفى تكرارها نحو أربع مرات ليتم العلاج ويتلاشى التسلخ وتشعر المريضة بتحسن ظاهر فى وقف الإفراز .

والعلاج بهذه الطريقة مبنى على النقطتين الآتيتين :

(١) إن وجود الميركيوروكروم فى داخل العضل يؤثر على غدد عنق الرحم التى تفرز الإفرازات والتى لا يمكن للأدوية أن تصل اليها بطريقة مس قناة العنق ، فيمكن للدواء أن يؤثر على الجونوكوك والميكروبات المصاحبة له ، والتى تكمن عادة فى غدد عنق الرحم .

(٢) إن حقن العضل بالميركيوروكروم يوجد طبقة التهابية كيمائية تكثر فيها كرات الدم البيضاء (Leucocytes) وهذه تتغلب على الميكروبات المسببة للالتهاب .

وقد جربت هذه الطريقة فى أربعين مريضة مصابة بتسلخ رحمى سيلانى فنجح العلاج فى اثنتين وثلاثين حالة منها ، وظهر التحسن ولم يتم الشفاء فى الحالات الثمانى الباقية منها . وقد تبين لى أن سبب ذلك وجود تقيح فى البوقين وهذا يسبب عدوى العنق من جديد عقب العلاج . ويجب أن يسبق علاج العنق فى هذه الحالات الأخيرة علاج البوقين . وطريقة علاج العنق بالحقن فى العضل لا تسبب للمريضة ألما ما اللهم إلا قليلا من الألم ينتج عن شدّ عنق الرحم ، ومما يجدر ذكره أننا لا نلجأ فى هذه الحالة إلى استعمال منوم مثل كلوروفورم أو إلى بنج موضعى .

ويستعمل بعض الأطباء هذه الطريقة ولكن بشكل آخر ، فيحقنون فى عنق

الرحم فاكسين الجونوكوك بمقادير مختلفة، لأن بعض الغـدد المحتوية على الإفراز والميكروبات لاتتصل بالدورة الدموية جيدا، فاستعمال الفاكسين على هذا قد يفيدها .

(٤) طريقة العلاج بالتحليل الكيمياوى (Ionisation) — يحتاج العلاج بهـذه الطريقة إلى وجود تيار كهربائى مستمر يمدّنا بقوة تتراوح بين ٢و٥ ملليمترا، ويحتاج أيضا إلى منظار رحمى زجاجى (منظار فرجوسن) وقضيب من الزنك مغطى جميعه بطبقة من المطاط ماعدا نهايته (من ٢ إلى ٣سم^{3}) فتترك مكشوفة (وهو الجزء الذى يوضع داخل عنق الرحم) . وكذا إلى محلول من كبريتات الزنك بنسبة (٤ ./.) . وأسهل طريقة لذلك جهاز البانتوستات فنصل قطبه السلبى بلوح الزنك المغطى بطبقة من القماش ثم نبلله بمحلول مشبع من ملح الطعام، ونضـعه على البطن والمريضـة مستلقية على ظهرها ، ونصل القطب الإيجابى بالقضيب الزنكى المذكور وذلك بعد أن نضع منظار فرجوسن فى المهبل ، وننظفه كالمعتاد كما ننظف عنق الرحم ، ويجب أن يرفع خصر المريضـة إلى أعلى حتى لا ينساب السائل فى المهبل . بعد ذلك نضع نحو (٢٠ سم^{3}) من محلول الزنك السابق ذكره فى داخل المهبل وحول عنق الرحم ؛ وبعـد أن ندخل قضيب الزنك داخل العنق (الجزء غير المغطى بالكاوتشوك منه) نمرر التيار بالتدريج مبتدئين بمقدار (٥ ملليمبير) ، ونزيد التيار شيئا فشيئا حتى نصـل فى أوّل جلسة إلى (١٥ ملليمبيرا) ، وتستـمرّ الجلسة مدّة (١٥ دقيقة) . بعد ذلك نوقف التيار، وإذا وجدنا صعوبة فى إخراج القطب الإيجابى من عنق الرحم بسبب تلاصقه نعكس التيار برهة وجيزة ، بمعنى أننا نصل القطب السلبى بالقضيب الزنكى ، والإيجـابى بالقطب الموضوع على البطن، حتى يسهل إخراج القطب من عنق الرحم .

والفكرة من العلاج بهذه الطريقة هى ترسيب ملح الزنك، وهو فى حالة تحليله ، على قناة عنق الرحم والمهبل . وبهـذا العلاج يمكن أن تشفى المريضة بعـد بضع جلسات تزاد مدّة كل منها إلى (٢٠ دقيقة)، وذلك حسب درجة تحمل المريضة . وهذه الطريقة تفيد إذا كانت إصابة السيلان لم تتعدّ الرحم، أما إذا كانت الإصابة

فى البوقين أو المبيضين فربما أحست المريضة بمغص شديد بسبب تحرك الإصابة فى البوقين، لذلك يستحسن الكشف على المريضة جيدا قبل بدء العلاج بهذه الطريقة، والتأكد من سلامة البوقين والمبيضين .

(٥) العلاج بالدياترمى — سأشير بهذه المناسبة إلى النقط الأساسية فى العلاج بالدياترمى، وسأرجئ شرح استعمال الدياترمى فى أمراض النساء على العموم الى ما بعد، عند شرح موضوع الدياترمى .

علاج عنق الرحم بالدياترمى على طريقتين :

(أولا) العلاج بتسليط حرارة نافذة الى عنق الرحم ترتفع الى درجة ٣٩ أو ٤٠ سنتيجراد .

(ثانيا) العلاج بكى عنق الرحم إلى درجة التجمد (Coagulation) .

الطريقة الأولى — لاستعمال هذه الطريقة — وهى تسليط حرارة نافذة أو مخترقة إلى عنق الرحم — يستخدم موصل ذو نهاية معدنية على شكل فنجان، ويخصص تجويفه لاستقبال عنق الرحم (يراجع الشكل المرسوم فى موضوع الدياترمى)، كما يخصص الطرف الآخر بالموصل المعدنى، فيتصل بالقطب الايجابي للدياترمى . وطريقة الاستعمال هى أن نظهر عنق الرحم واضحة، وذلك باستعمال منظار رحمى، وبعد ذلك ندخل الموصل المعدنى فى داخل المنظار بحيث تدخل العنق فى تجويف الجزء المعدنى، ثم نخرج المنظار بحذر حتى لا يترك عنق الرحم تجويف الموصل، ثم نحيط البطن بالقطب السالب المصنوع من الرصاص، ونمرر التيار ($1\frac{1}{2}$ أمبير) لمدّة عشر دقائق، ونكرر العملية مرة كل ثانى يوم . وتزاد قوة التيار تدريجا الى (٢ أمبير)، ويجب أن يراعى تحمل المريضة للحرارة دون أن تشعر بألم أو حرارة زائدة، كما يمكن أن تزاد المدّة تدريجا الى (٢٠ دقيقة) . وهذه طريقة ناجعة فى علاج حالات التسلخ السيلانى لعنق الرحم، ويكفى المريضة نحو عشر جلسات لتشفى . ويصح (إن كان الالتهاب مقصورا على قناة عنق الرحم دون

أن يصحب ذلك تسلخ بالعنق) أن نستبدل بالموصل السابق شرحه قطبا معدنيا يدخل قناة عنق الرحم الى نحو (٢ أو ٣ سم) .

الطريقة الثانية — وهى طريقة كى عنق الرحم الى درجة التجمد (Coagulation)، ويستعمل لذلك موصل يشبه القلم الرصاص، وهو موصل معدنى مغطى كله بمادة عازلة مثل الأبونيت ما عدا نهايته المدببة ، حيث تترك مكشوفة، وهى التى تستعمل فى الكى . (يراجع الشكل المرسوم فى موضوع الدياترمى) . ولاستعماله نلف حول بطن المريضة الحزام الرصاص ونصل بها القطب السلبى ، ثم نظهر عنق الرحم بالمنظار الرحمى ، ونوصل الموصل المذكور بعد تعقيمه بالقطب الإيجابى ، ثم نمرر تيار الدياترمى بقوة (١ أمبير) ، ونمس التسلخ بنهاية القلم المذكور ، فنلاحظ أثناء الكى تحول لونه الأحمر الى طبقة تشابه بياض البيض ، فإذا تم كى الجزء الملتهب جميعه نوقف التيار ونمس العنق بمحلول مطهر مثل حمض البكريك (١٪) ، ويكفى أن نكرر هذا من أربع مرات الى ست على فترات من الأيام تتراوح بين ثلاث وأربع ، بين كل جلسة والتى تليها . وهذه الطريقة ناجعة جدا ويتلاشى بها التسلخ فى معظم الحالات وتحل محله طبقة جديدة من غشاء العنق . ولا تحدث هذه الطريقة ألما يذكر للمريضة ، كما أنه لا داعى معها لاستعمال أى مخدر موضعى أو عام . وتكاد تكون هذه الطريقة أسرع الطرق وأنجعها لزوال التسلخ السيلانى .

(٦) العلاج بالعمليات الجراحية — فى حالة التهاب عنق الرحم السيلانى المزمن غير المصحوب بتسلخ فى العنق يلجأ بعض الأطباء الى إجراء عملية توسيع لعنق الرحم ، وعمل كحت للعنق لإخراج الأجزاء الملتهبة ، أو تعريض الغدد الغائرة فى العضل للعلاج قبل المس كما ذكرت . وهذه الطريقة ولو أنها تظهر لنا لأول وهلة أنها طريقة معقولة إلا أنها من الوجهة العملية ليست مع الاسف ناجحة فى حالات كثيرة ، وقد يحصل منها ضرر بسبب عدوى أجزاء ربما كانت سليمة قبل العملية ، وقد جربتها مرارا فلم أحصل منها على نتائج تشجع على استعمالها

فى حالات سيلان العنق المزمن، إلا أنها مع ذلك يستعملها بعض الأطباء وينصح بعضهم باستعمالها .

أما فى حالة وجود تسلخ بالعنق فيجرى الجراحون عملية شرودر (Schroeder)، وهى إجراء قطع فى الجزء الملتهب . وهذه العملية ناجحة وكانت مستعملة قبل ظهور طرق العلاج بالدياترمى، وإنى أعتقد أنه ما دام العلاج بالدياترمى مفيدا، وكذلك الحقن فى العضل لعنق الرحم فلا داعى للالتجاء إلى عملية جراحية إلا فى الحالات التى يستعصى العلاج فيها .

التهاب الغشاء المبطن لجسم الرحم بسبب السيلان (Gonococcal Endometritis) — يلتهب غشاء جسم الرحم ويصاب بالسيلان فى الحالات المهملة لإصابة عنق الرحم بالسيلان . وإصابة غشاء جسم الرحم بالسيلان إصابة نادرة نوعا ما ، ويعزو بعض الباحثين ذلك الى مقاومة الغشاء الرحمى للاصابة الخفيفة ، كما يعزو البعض الآخر عدم ظهور عوارض مهمة لإصابة غشاء الرحم الى عوارض التهاب البوقين والمبيضين الشديدة ، والتى تتغلب على عوارض التهاب غشاء الرحم .

العوارض والعلامات — تشكو المريضة من ألم فى التنة (أعلى العانة) ، وفى الجزء الظهرى المقابل لها ، وقد تحدث لها قشعريرة عند ابتداء الإصابة كما قد تشعر بفتور وصداع . ويظهر إفراز من عنق الرحم سائل أصفر مختلط به قليل من الدم ، وهذا يختلف عن إفراز عنق الرحم اللزج القوام . وبالفحص يظهر الرحم منتفخا وتشعر المريضة بألم عند الفحص ، كما يظهر عنق الرحم متضخما ومحتقنا . ومما يسترعى نظر الطبيب إلى إصابة جسم الرحم حصول آلام مبرحة عقب نزول الطمث ، واستمرار حصول نزيف رحمى فترة أطول من المعتاد ، والعلامة الأخيرة هى أهم ما يشير إلى إصابة الرحم بالسيلان ، إذا استثنينا الإصابة بالميكروب السبحى عقب ولادة عسرة بسبب استعمال الآلات ، أو فى حالات الاجهاض الجنائى .

الإنذار — فى العادة تصبح إصابة الغشاء الرحمى الحادة مزمنة بعد وقت قصير ، بسبب صعوبة وصول أى علاج إلى غشاء الرحم ، وخصوصا فى الحالات

الحـادة . وكثيرا ما يصاب البوقان والمبيضان بسبب امتداد الالتهاب إلى هـذه الأجزاء . ومن المضاعفات المهمة التى لا يصح إغفالهـا إصابة عينى الطفل عند الولادة بالرمد الصديدى، هذا إذا لم تتخذ الإجراءات الفعالة لدرء هذا الخطر عقب الولادة مباشرة . ونظرا الى أن عوارض التهاب جسم الرحم وحده قليـلة — إذا استثنينا آلام الطمث الشهرى — فنى العادة لا تحضر المريضة الى الطبيب للعلاج إلا بعد أن تكون الإصابة قد وصلت الى البوقين وربما الى تجويف البطن .

العــلاج — فى الأدوار الحادة لا يستعمل أى علاج موضعى خوفا من ازدياد شدّة الاصابة أو حصول مضاعفات . وكل ما يعمل للريضة هو النوم على ظهرها مع رفع مستوى صـدرها عن الحوض (Fowler's Position) حتى يتيسر نزول الإفرازات من الرحم . وإذا حصل للريضة ارتفاع فى الحرارة وصداع يعطى لها قرص من الأسبيرين أو البراميدون . وإذا حصل لهـا ألم شديد تعطى مسكّنات مثل الكلورال والبرالدهيد، ويعمل لها أكياس ثلج على البطن حتى تزول عوارض الأدوار الحادة .

وأهم ما يعمل للريضة فى الأدوار المزمنة (دوشات) مهبلية ساخنة بمحلول حمض اللبنيك (١ ٪) ومن الضرورى أن يكون المحلول ساخنا حتى يتيسر زوال احتقان الرحم . ومما يساعد على ذلك وضع لبوسات مهبلية من الأكتيول والجليسرين (١٠ ٪) ووضع قطعة من السابرى المعقم المنغمسة فى محلول حمض اللبنيك داخل عنق الرحم .

وتستعمل الدياترمى فى حالات التهاب جسم الرحم لمساعدة الدورة الدموية على زوال الالتهاب بسبب الحرارة النافذة التى تولدها، ويستعمل لهذا الغرض أيضا الكرة المعدنية البيضية (يراجع الشكل فى باب موضوع الدياترمى) حيث تتصل بالقطب الإيجابى للدياترمى، وتوضع فى المهبل فى الجزء الخلفى منه — والجزء السلبى، كما سبق أن ذكرت فى التهاب عنق الرحم، يكون فى شكل لفة من الرصاص توضع حول أسفل البطن وتتصـل بالقطب السلبى للجهاز ويدار الجهاز بقوّة ($1\frac{1}{2}$ أو ٢ أمبير) لمدّة تتراوح بين (١٥ و ٢٠ دقيقة) حسب درجة تحمل المريضة للتيار . وتكرر العملية

مرة كل ثالث يوم . وقد تكتفى المريضة لعلاجها بعشر جلسات أو خمس عشرة جلسة . وقد وصلت الى نتائج حسنة باستعمال الدياترمى فى حالات التهاب جسم الرحم حيث يزول الاحتقان والألم فى التنة والظهر ، ولا يبقى من الإصابة إلا إفراز رحمى خفيف يمكن أن يزول بعدها بعملية كحت فى جسم الرحم .

على أن عملية الكحت يجب ألا تعمل إلا بعد أن يتأكد الطبيب من زوال عوارض الالتهاب الحادة للغشاء الرحمى . ويجب أن يكون توسيع عنق الرحم — السابق للكحت — كافيا لإدخال الأصبع السبابة فى القناة ، كما يجب ألا يصحب عملية الكحت أى غسول رحمى نظرا لما قد يترتب عليه من نقل الإصابة الى البوقين أو الى خارج الرحم . ويكتفى بوضع نقط من صبغة اليود (½٪) أو محلول الفورمالين (٤٠٪) فى داخل تجويف الرحم . ويلاحظ أن يكون الكحت كافيا لإزالة الغشاء الملتهب بأكمله حتى لا يحصل أى خرق لجسم الرحم مما قد يترتب عليه حصول التهاب بريتونى للمريضة .

التهاب عضل الرحم السيلانى (Gonococcal metritis) — يلتهب عضل الرحم عقب التهاب غشائه . ويكاد يحصل ذلك فى كل إصابة للغشاء ، كما قد يكون التهاب العضل شديدا ، وأهم ظاهرة له النزيف الرحمى المستمر عقب العادة الشهرية بفترة طويلة . ولعلاج هذه الحالة تعطى المريضة الفاكسين أو الأولان حقنا فى العضل توصف لها الأدوية التى توقف النزيف مثل كالسيوم ساندوز فى شكل أقراص من الشوكلاتة أو حقنا فى العضل ، أو تعطى حبوب جينرجين (Gynergin) . وقد يستمر النزيف الرحمى فى حالات قليلة رغم هذه الأدوية ورغم عملية الكحت . فإذا كانت المريضة فوق سن الخامسة والأربعين فيصح تسليط أشعة (X) على الرحم ، وفى هذه الحالة لايخشى من التأثير على المبيضين ، فاذا استمر النزيف فالعلاج الوحيد استئصال جسم الرحم (Hystrectomy) .

التهاب البوقين السيلانى (Gonococcal Salpingitis) — يصاب البوق بالالتهاب السيلانى بسبب ابتداء الإصابة من عنق الرحم ، وقد تنتقل بوساطة

الدورة الليمفاوية من أى جزء من أجزاء التناسل أو المجرى البولى . وتظهر الإصابة أوّلا فى جهــة واحدة، ولكن بعــد وقت قصير يصاب البوق الآخر إن لم تسعف الحالة بالعلاج . وعند بدء الإصابة تشعر المريضة بقشعريرة وارتفاع فى درجة الحرارة، كما تحس بألم حاد فى أسفل البطن جهة البوق المصاب، وقد تشعر بميل الى القىء؛ وعند الفحص يتبين وجود إفراز سيلانى من العنق وتضخم فى الرحم . وكذلك يدرك الطبيب ورما فى البطن على جانبيه . وقد تسدّ فتحتا البوق من جهتى الرحم وتجويف البطن وتترك كيسا دمويا (Haematosalpinx) أو مائيــا (Hydrosalpinx) أو قيحيا (Pyosalpinx) .

التشخيص النوعى — يجب أن نميز حالة التهاب البوق السيلانى عن حالتين مرضيتين من الجائز أن تلتبس هذه بهما : الأولى الحمــل خارج الرحم . والثانية التهاب الدودة الزائدة .

فأما الحمل خارج الرحم فمن علاماته حصول نزيف رحمى . وهذا ما لا يحدث فى حالة التهاب البوق الســيلانى ، كما أنه من الممكن إحساس جلط الدم المتجمعة فى كيس دوجلاس (Douglas Pouch) . وفوق ذلك فلا يوجد إفراز فى عنق الرحم كما يوجد فى حالة السيلان .

أما حالة الدودة الزائدة فعوارضها تشابه تمــاما التهاب البوق إذا كان فى الجهة اليمنى . أما إن كان التهاب البوق فى الجهة اليسرى فلا يكون هناك أى لبس بين الإصابتين . على أن علامات التهاب الدودة الزائدة أشــدّ ظهورا من التهاب البوق ، ففيه يزداد نبض المريضة نظرا الى ارتفاع درجة الحرارة، وتظهر على وجهها علامات المرض وشحوب اللون ، كما أن ألم البطن يتجه من مكان الإصابة الى جهة الصرة، بخلاف التهاب البوق، فإن الألم يتجه جهة الرحم، أى الى أسفل . وألم البوق يكون من نوع المغص المتقطع بخــلاف الزائدة الدودية فإن الألم فيها يكون شــديدا ومســتمرا . ويسهل تشخيص إصابة البوق بأخذ (عينة) من إفراز عنق الرحم وفحصها، أو عمل مزرعة منها، حيث يتبين وجود ميكروب الجونوكوك .

العـــلاج — فى الدور الحاد المصحوب بقشعريرة وارتفاع فى الحرارة يجب أن تنام المريضة على ظهرها على طريقة فولر (fowler's position) ، وأن يوضع لها أكياس من الثلج على أسفل البطن فى جهة الإصابة والألم، وأن يعطى لها من الفم ماء الشـعير واللبن أو الميـاه المعدنية ، كما يوصف لهـا محلول ملح من الشرج ، وذلك لمقاومة تأثير الإصابة فى الدم ومساعدة الكليتيـن على إفراز البول كالمعتاد . فاذا اختفت حدة المرض ومضى على المريضة وهى على ظهـرها مدّة من ثلاثة أيام الى ستة فيجب تغيير أكياس الثلج وأن نستعيض بها مكمدات من المـاء الساخن توضع باستمرار على أسـفل البطن . ويصح أن نستبدل بهـا الأنتفلوجستين ويغير كل (١٢ ساعة) . وفى هذا الدور يمكن عمل (دوشات) مهبلية ساخنة من محلول الليزول المخفف أو محلول حمض اللبنيك (١./٠) ، وذلك لامتصاص المواد الالتهابيـة التى فى البوق وللساعدة على زوال الاحتقان بها . هذا هو كل ما يمكن عمـله للريضة من العلاج الطبى فى العشرة الأيام الأولى من الإصابة أى فى الدور الحاد . غير أن كثيرا من الجراحين يرى فى الدور الحاد علاجا مخالفا لذلك كل المخالفة، فهم يلجئون من الابتداء إلى عمل عملية جراحية لاستئصال البوقين ، كما يحصل تماما فى حالات التهاب الزائدة الدودية الحاد . ووجهة نظرهم هو أن المريضة التى تصاب فى الابتداء بالتهاب البوق تتألم كثيرا فى المسـتقبل بسبب ما يتركه الالتهـاب من الالتحامات الغشائية . وإذا تكوّنت أكياس قيحية فى وقت وجود هذه الالتهابات فمن الصعب إزالتها، لمـا فى ذلك من تعريض المريضة لآلام شديدة ومخاطر، وفوق ذلك فإذا أصيب البوقان فنتيجة ذلك فى الغالب العقم، نظرا لمـا يحدثه الالتهاب من انسداد فتحتى البوقين الرحمية أو البطنية ؛ فخير للريضة أن يستأصل البوقان بعملية جراحية تعمل فى بدء الإصابة لمـا فى ذلك من راحة معجلة لها . غير أن الأطباء يرون خلاف ذلك، وحجتهم فى ذلك أن كثيرا من المصابات يرجعن صحيحات بالعلاج الطبى ومن الممكن أن يحملن ويلدن . وعلى كل فترجيح كلا الرأيين يرجع إلى المريضة نفسها وإلى هل هى فى حاجة إلى الحمل أو هى فى غنى عنه بما لديها من أولاد، ففى هذه الحالة

تفضل العملية الجراحية . أما اذا كانت صغيرة السن لم يسبق لها حمل فكثيرا ما تفضل العلاج الطبي وتكون على حق فى هذا الاختيار . وفى حالة وجود كيس قيحى أو مائى أو دموى فيستحسن عمل فتحة مستعرضة فيه من المهبل فى الجيب الخلفى المهبلى .

أما فى الأدوار المزمنة فيجب عمل مزرعة من إفراز عنق الرحم وإعطاء المريضة حقنا منها . ويمكن أيضا استعمال فاكسين الجونوكوك مبتدئين منه بمقادير صغيرة مثل (٥ مليون) أو (١٠ مليون) وتزاد بالتدريج . وإذا حصل للمريضة انتكاس إصابة حادة فيمكن إيقاف فاكسين الجونوكوك . ويصح أن نستعمل أيضا حقنا عضلية من الأولان (٥ سم٣) مرة كل ثالث يوم أو حقن الكازين ياترين (٥ سم٣) ، كما يلاحظ إعطاء المريضة مليِّنا مثل المزيج الأبيض عند الضرورة وإعطاؤها حقنا مقوية مثل الهيموتونين (Haemotonin) أو سلفا فيدا (Salva Vidas Serum) .

الدياترمى — فوق ما تقدم من العلاج الطبي يمكن استعمال الدياترمى بنجاح فى التهاب البوقين المزمن بقصد المساعدة على امتصاص إفرازات الأغشية الملتهبة ، والمساعدة على تنشيط الدورة الدموية بالبوقين وما حولها من التحامات ليفية ، والموصل المستعمل لهذا الغرض هو نفسه المستعمل فى حالات التهاب جسم الرحم (الموصل البيضى الشكل) . وهو عبارة عن كرة معدنية توضع فى جهة الجيوب المهبلية الخلفية ، ونمرر التيار بمعدل (٢ أمبير) لمدة ربع ساعة تزاد فى كل جلسة الى عشرين دقيقة . وتكرر هذه العملية خمس عشرة مرة تقريبا . وتظهر نتيجة العلاج عند شعور المريضة بزوال الألم وقلة الإفراز الرحمى .

التهاب المبيض — يلتهب المبيض فى حالات السيلان نتيجة إصابة البوقين وامتداد الالتهاب اليه . وعوارضه وعلاماته هى نفس عوارض وعلامات التهاب البوقين ، غير أن الألم يكون الى الجهة الوحشية أكثر منه فى البوقين ويستعمل نفس العلاج الطبي فى الدورين الحاد والمزمن ، كما فى حالة البوقين ما عدا العملية الجراحية فلا تستعمل مطلقا فى حالة التهاب المبيض إلا فى الضرورة القصوى ، وذلك إذا استحال المبيض الى كيس التهابى ، لأن إفراز المبيض تحتاج اليه المريضة لحفظ أنوثتها .

السيلان فى الأطفال

السيلان فى الأولاد الصغار — صادفت كثيرا فى مستشفيات الأمراض السرية وفى عيادتى الخاصة أولادا فيما بين سنّ الخامسة والعاشرة مصابين بالسيلان. والعدوى فى هذه الحالة إما أن تكون قد انتقلت إليهم عن طريق المباول العامة، أوعن طريق الخادمات اللاتى يستهوين عقل الأولاد الصغار . وتأخذ الإصابة بالسيلان فى الأولاد نفس الدور الذى تأخذه فى الرجال ، غير أن أهم المضاعفات الحادة التى تحصل للأطفال هى ضيق القلفة واختناقها (Phimosis & Paraphimosis)، فيجد الطفل نتيجة هذا الورم صعوبة فى البول، كما يعزى السبب فى صعوبة البول عند الطفل الى سبب آخر هو خوف الطفل من شعوره بالألم عند البول فيحبس البول فترة طويلة فيه . ولا داعى لوصف علاج خاص بسيلان الأولاد حيث إن علاجهم هو على نفس طريقة العلاج فى الرجال .

السيلان فى البنات الصغار — هذه الإصابة على جانب كبير من الأهمية لكثرة ما يرد علينا منها ، ونظرا الى أنها تحتاج الى عناية خاصة وطرق علاج أخرى تختلف عنها فى السيدات لذلك يجب التوسع فى بحثها .

أسباب العدوى — الأسباب الآتية هى أهم ما يسبب إصابة السيلان فى البنات الصغار :

(١) إهمال الأم أوالخادمة شأن الطفلة فتنظفها بملابس ملوثة بقيح السيلان، وقد تكون إحداهما أو كلتاهما مصابة به .

(٢) نوم الطفلة مع الأم أوالخادمة فى سرير واحد، وتكون الأم أوالخادمة مصابة بالسيلان، فتنتقل العدوى عن طريق تلوث الفراش .

(٣) تعدى مريض فى سن البلوغ، وخصوصا الخدم، على الطفلة فتنتقل العدوى منه اليها .

علامات الإصابة وعوارضها — يختلف تكوين فتحة المهبل عند الأطفال عنه فى النساء ، فتكون الفتحة عند الأطفال أكثر عرضة للاصابة بالسيلان

منها فى النساء، وفوق ذلك فلا توجد عنـد الأطفال الإفرازات الحمضيـة الطبيعية التى تفرزها غدد المهبل فى النساء ، والتى لها تأثير فعال فى التغلب على عدوى المهبل بالجونوكوك . فاذا أصيبت الطفلة بالسـيلان فان فتحة المهبل تظهر حمراء ملتهبة، كما يلاحظ ظهور تسلخات بين المهبل والفخذين بسبب تساقط الإفراز بكثرة عليها، وتظهر فتحة البول ملتهبة وتتألم الطفلة عند لمس أجزائها التناسلية، كما أنهـا تميل الى الحكة بيدها فى الأجزاء الملتهبة، وربما سببت بذلك تقرحات فيها . وتتألم الطفلة عند البول كما تكثر من مرات البول . ويلاحظ ظهور إفراز أصفر مائل الى الخضرة فى الدور الحاد، كما أنه ممـا يسترعى نظر الأم الى الاصابة ما تراه فى ملابس الطفلة الداخلية من تلوث بالقيح. أما اذا أزمنت الاصابة فى الطفلة فإن العلامات السابقة تقل حدتها وقد ينعدم معظمها، وأهم ما نراه احمرار خفيف حول أجزاء التناسل، وظهور إفراز مائى بين آن وآخر يتبين من تحليله وجود الجونوكوك به .

التشخيص — فى الدور الحاد عند ظهور إفراز قيحى أصفر اللون مائل الى خضرة نعثر فيه على الجونوكوك بسهولة ، وإذا صعب العثور عليه فى أول مرة فإن التحليل فى المرة الثانيـة أو الثالثة على الأكثر يظهر الجونوكوك . والسبب فى عدم وضوحه وجود ميكروبات أخرى مصاحبة وموجودة بكثرة مثـل باشلس القولون والنيوموكوك والسبحى والعنقودى، على أنه مع فرض عدم ظهور الجونوكوك ووجدت علامات إكلينيكية توجد الاشتباه، فيجب أن تعالج الحالة على أنهـا إصابة سيلان حتى لا يسبب الإهمـال وجود مضاعفات يصبح من الصعب علاجها ، ولزيادة التأكد يصح عمل مزرعة من الإفراز ، وخصوصا فى الأدوار المزمنة حيث يكون ذلك من الأهمية بمكان للتشخيص الدقيق .

العـــلاج — يجب أن نبحث عن العلاج الوقائى إذا عثرنا على طفلة مصابة بالسيلان، وذلك بالبحث عن سبب العدوى، فربما كان هذا بسبب إصابة خادمة فى المنزل إذا هى تركت وشأنها جاز أن تصيب أطفالا آخرين، لذلك يجب الكشف على الخادمات والخدم والأطفال وإبعاد المصاب منهـم عن الأصحاء . أما الطفلة

المصابة فيجب أن تجلس مرتين فى اليوم لمدة نصف ساعة فى حمام ماء ساخن مضاف اليه ملعقة صغيرة من بيكربونات الصودا ، وذلك لتقليل الألم الذى تشعر به الطفلة . ويجب أن نبحث عن مكان الإفراز وهل هو فى فتحة المهبل أو فى مجرى البول أو فى المهبل نفسه ، فإن كانت الإصابة فى فتحة المهبل فيمكن عمل مس للفتحة بقطنة مبللة بمحلول البروتارجول (٤٪) مرة كل ٤ ساعات ، أو بعمل غسيل للفتحة بمحلول برمنجنات البروتاسيوم ($\frac{١}{٨٠٠٠}$) مرتين فى اليوم ، وتترك بعدها قطعة من السابرى مبللة بمحلول الأرجيرول (٥٪) بين الفخذين .

أما إن كانت الإصابة فى مجرى البول فيجب البحث عن قسطرة جلدية صغيرة ويعمل بها غسول لمجرى البول بمحلول نترات الفضة ($\frac{١}{١٠٠٠}$) مرتين فى اليوم ، أو محلول الميركيوروكروم ($\frac{١}{٢}$٪) مرتين فى اليوم .

أما إذا وصلت الإصابة إلى المهبل فيجد الطبيب صعوبة فى عمل غسول للمهبل وذلك لوجود البكارة ، لهذا يجب البحث عن فتحة طبيعية فى المهبل يمكن إدخال قسطرة جلدية صغيرة منها وعمل غسيل للمهبل باحد المحاليل المذكورة ، وبعد الغسول يمكن حقن المهبل بمقدار (٢ سم^{٣}) من محلول الأرجيرول (٢٪) بحقنة زجاجية ذات مبسم رفيع غير مدبب . وقد يضطر الطبيب فى الحالات المستعصية إلى استئذان أهل الطفلة فى عمل فتحة صغيرة فى البكارة لادخال القسطرة المذكورة منها .

وبعد العلاج يجب أن تكون الطفلة تحت ملاحظة الطبيب لمدة تتراوح بين شهر واثنين يجرى عليها فى خلالها الفحص بمنظار المجرى (Luy's) مرتين أو أكثر عند الاقتضاء ولضمان الشفاء التام .

فوق العلاج الموضعى المذكور يمكن إعطاء الطفلة حقنا مصغرة جلدية من فاكسين الجونوكوك مثل ٥ مليون تزاد الى ٢٠ مليون ، وهذا يفيد كثيرا فى معظم الحالات ، مع إعطائها أدوية مقوية مثل البلاتول وزيت السمك وغيرها .

ملاحظات عن علاج السيلان فى الحمل والنفاس

تصاب كثير من السيدات قبل الحمل أو أثناءه بالسيلان ، إما بعنق الرحم وجسمه ، أو فى المجارى البولية ، أو فيهما معا ، ونظرا إلى الاحتقان الذى يحدثه الحمل فى أعضاء التناسل فإن الإفراز يكثر ، وإن كانت المريضة لا تشعر فى حالة الحمل بألم يذكر من إصابة السيلان . وبالنسبة لكثرة الافرازات فإن أكثر ما يصيب المريضة هى المضاعفات الجلدية مثل الزوائد الجلدية والسنط السيلانى ، وقد يسبب السيلان التسمم الدموى السيلانى أثناء مدة النفاس ، فتعلو درجة حرارة المريضة وتشعر بقشعريرة ، وإذا تبين للطبيب أن سبب التسمم هو الجونوكوك فإن المريضة تشفى بسرعة إذا أعطيت حقنا من فاكسين الجونوكوك ، أو حقنا من الفاكسين الذاتى المأخوذ من إفراز الرحم .

ولما كان الحمل يعوق الطبيب عن العلاج المعتاد السابق ذكره فى المريضة غير الحامل المصابة بالسيلان ، لذلك لا يصح مطلقا أن يعالج السيلان الرحمى بعمل (الدوشات) المهبلية أو بمس عنق الرحم أو بوضع لبوس رحمى ، حيث إن هذه الاجراءات من الجائز أن تسبب إجهاضا للمريضة . لذلك ينقسم العلاج الى قسمين حيث إن الإصابة إما أن تكون فى الرحم أو فى المجارى البولية :

(١) علاج عنق الرحم أو جسمه — يكتفى فى هذه الإصابة بتنظيف المهبل وعنق الرحم بقطعة من القطن المعقم محملة على حامل معدنى ومبللة بمحلول مطهر مثل أكسسيانور الزئبق ($\frac{١}{٢٠٠٠}$) أو محلول مائى من الأرجيرول (٥ ٪) أو بروتارجول (٣ ٪) . وبعد ذلك يجفف ثانية بقطعة من السابرى معقمة وجافة حتى تترك الأجزاء غير مرطبة . ونعطى المريضة عن طريق الدم حقن الجونارجين من (٢٠٠ مليون) الى (١٠٠٠ مليون) حقنة كل ثانى يوم .

(٢) علاج المجارى البولية — لا مانع من علاج سيلان مجرى البول أو المثانة بالغسول كما هو متبع فى حالات المرضى غير الحوامل ، مع اتباع جميع الطرق الأخرى السابق ذكرها فى باب سيلان مجرى البول والمثانة .

علاج السيلان فى دور النفاس — يلاحظ عند ولادة السيدة المصابة بالسيلان أن نعنى عناية خاصة بالطفل المولود ، فيعمل له غسيل للعينين بمحلول البوريك المشبع ، مع وضع نقطتين من محلول نترات الفضة (١ ٪) فى كل عين . ويستحسن أن يتولى علاجه عقب الولادة طبيب رمدى نقفه على إصابة الأم . لأن إهمال علاج الطفل كثيرا ما يؤدّى الى فقد البصر . والسيلان فى الأطفال الحديثى الولادة من أهم أسباب فقد البصر فى عهد الطفولة ، أما الأم فيجب أن تعالج عقب الولادة بعمل (دوشات) مهبلية ساخنة من محلول برمنجنات البوتاسيوم ($\frac{١}{٨٠٠٠}$) ، حتى نتغلب على الرائحة الكريهة التى كثيرا ما تصاحب الإصابة فى هذا الدور ، ويعمل لها جميع العلاجات السابقة من مس ولبوس مهبلى ، ونعوّل كثيرا فى هذا الدور على إعطاء المريضة حقنا من الفاكسين الذاتى المأخوذ من الإفراز الرحمى ، لأنه كثيرا مايصاحب الجونوكوك ميكروبات أخرى مثل باشلس القولون والنيوموكوك والسبحى والعنقودى ، وهذه يجب التغلب عليها عن طريق الدورة الدموية .

ملاحظات عن المضاعفات الجلدية للسيلان فى النساء والرجال — تنقسم المضاعفات الجلدية للسيلان الى قسمين : الأوّل — المضاعفات التى تحصل عن طريق الدورة الدموية . الثانى — المضاعفات الجلدية التى تحصل موضعيا مصاحبة للإفراز السيلانى .

(أوّلا) المضاعفات الجلدية التى تحصل عن طريق الدورة الدموية — هذه المضاعفات تحصل فى الرجال والنساء على السواء ، ومنها مايحصل نتيجة للأدوية المعطاة فى علاج السيلان ، مثل محافظ الكوبيبا والصندل ، وهى تظهر فى شكل بقع وردية حمراء تشبه طفح الحمى القرمزية ، ولكنها لا تكون مصحوبة بارتفاع فى الحرارة . وهذا الطفح يتلاشى عند الامتناع عن إعطاء المريض أو المريضة المحافظ المذكورة .

ومنها حالة تصلب الجلد مع تضخمه فى شكل بقع متضخمة تسمى (Keratosis)، وهى حالة نادرة تصحب عادة التهاب المفاصل السيلانى، وتبدأ فى شكل بثور تأخذ فى التدرّن من وسطها ثم تغطى بقشرة، ويزيد التدرّن فتتصلب من وسطها وتعلو عن السطح. وقد تتضخم هذه البثور أكثر من المعتاد فى الأجزاء التى يكثر فيها الاحتكاك، مثل الكفين والقدمين، فتظهر فى شكل أجزاء صلبة مستديرة ومرتفعة كثيرا عن السطح، وتسمى (Keratodermia Blenorrhagia). وهذه المضاعفات نتيجة تأثير الجونوكوك على أعصاب الأطراف، فتفقد تلك البقع المصابة حساسيتها، وتكون نتيجة الضمور العصبى تصلب تلك البقع وظهور الأورام الصلبة فيها. وقد تشابه هذه الأورام الأورام الزهرية الجلدية، إلا أن علامات الزهرى الأخرى الواضحة قد تكون مصاحبة لمثل هذا الطفح، وفوق ذلك فان تحليل الدم لوسرمان يكون إيجابيا فى الأورام الزهرية. وقد يصادف أن تظهر هذه الأورام فى حالات كثيرة على الساقين والركبتين، وفى هذه الحالة ربما شابهت الصدفية الجلدية، إلا أن الصدفية تظهر فى بقع غير منتظمة بخلاف الورم السيلانى، فيكون فى العادة فى أجزاء متقابلة من الجسم مثل الركبتين والقدمين واليدين، واذا أزيلت قشرة الصدفية فانها تترك تحتها بقعة تدمى ونشعر بصلابة فى قاعدتها بسبب إزمانها. ولا يخفى أن وجود علامات السيلان فى البروستاتا أو الحويصلات المنوية أو التهاب المفاصل، يشير الى الإصابة فى حالة الأورام السيلانية.

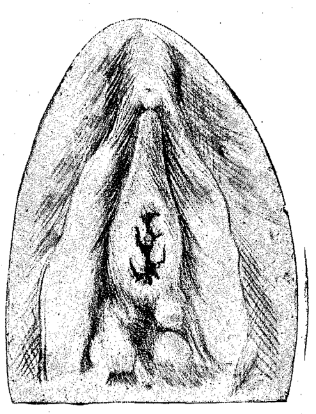
العلاج — لما كانت هذه الحالة نتيجة لإصابة بالسيلان فبديهى أن نعالج السبب حتى تزول تلك العوارض. وقد استعملت فوق ذلك محاولات كثيرة، منها إعطاء المريض حقنا مصغرة من فاكسين التيفود بقصد رفع حرارة المريض، فتتحسن حالة الإصابة العضلية وتزول العوارض الجلدية، وأعطيت أيضا حقنا من اللبن بعد غليه، فتحقن فى العضل نحو (٥ سم^3) من اللبن بعد إزالة الطبقة الدهنية، كما حاول بعضهم إعطاء المريض حقنا مصغرة من النيوسلفرسان.

أما الأورام الجلدية فيصح أن تعالج موضعيا بعمل كى لها بالدياترمى فتسقط

وتزول . ولا داعى مطلقا فى حالات كثيرة لعمل علاج موضعى حيث إن العلاج العام للسيلان ينتج عنه زوال تلك الأورام .

(٢) المضاعفات الجلدية التى تحصل محليا مصاحبة للافراز السيلانى :

(١) السنط السيلانى — يظهر السنط السيلانى حول تمرة القضيب وحول فتحة المهبل أو مجرى البول، لأن هذه الأجزاء عرضة لمرور الإفرازات عليها فيتهيج الجلد، ويظهر نتيجة ذلك السنط الجلدى فى شكل أورام صلبة مبتعدة بعضها عن بعض وتكون ذات عنقود واحد، أوقد لا يوجد لها عنقود يصلها بالجلد (Sessile). وهذا السنط كما ذكرت يظهر نتيجة تهيج الإفرازات، لذلك يصح وجود السنط فى أى حالة التهابية بمجرى البول أو المهبل، وليس من الضرورى أن يقتصر على إصابة السيلان . وفى الحالات المصحوبة بإفرازات شديدة يتجمع السنط ويأخذ مظهر أورام فى شكل التوتة تسمى (Condylomata acuminata)، وهى أورام لا تحدث ألما وليست إلا صورة مكبرة من السنط العادى (انظر الشكل) . وتشبه



سنط سيلانى متضخم حول فتحة مجرى البول (Condyloma acuminata)

كثيرا الزوائد الزهرية (Condylomata Lata) ، إلا أنها تفترق عنها فى أن الدم لوسرمان إيجابى دائما فى حالات الزوائد الزهرية . كما أن عوارض الزهرى الأخرى مثل اللطخ باللسان أو الشفتين أو الطفح بالجسم تكون ظاهرة . ذلك الى أن الزوائد الزهرية ذات قاعدة صلبة ملتصقة جميعها بالجلد بخلاف الأورام السيلانية فإنها تتصل بالجلد فى بقع محدودة ، ويمكن تحريكها بسهولة مما يدل على عدم صلابة قاعدتها .

العـــلاج — ينحصر العلاج الوقائى فى المحافظة على بقاء أجزاء التناسل الكثيرة البلل جافة بقدر المستطاع ، ففى الرجال يجب تجفيف ما حول الحشفة بعد العلاج ووضع مسحوق التالك ، وكذا فى النساء تجفف فتحة المهبل ويرش عليها مسحوق التالك بين آن وآخر .

أما السنط فيمكن مسه بحمض النتريك أو حمض الخلايك بحيث لا يسيل الدواء فيؤثر على الأجزاء غير المصابة وإلا أوجد جروحا بها .

وفى جميع حالات السنط أو الزوائد (Condylomata acuminata) فقد وجدت بالتجربة أن أسرع وأنجع علاج لها هو كيها بالدياترمى ، لأنها حرارة نافذة . والمهم هو إزالة جذور هذه الأورام حتى لا تظهر مرة ثانية كما يحصل فى استعمال الأدوية الكاوية . ولم أر حالة واحدة احتاجت الى أكثر من جلسة أو اثنتين لزوال تلك الأورام وعدم ظهورها ثانية ، وهذا العلاج لا يحدث سوى ألما خفيفا للمريض ، وقد يضطر الطبيب الى حقن القاعدة فى حالات قليلة بمحلول النوفوكايين (٢ ٪) حتى لا يشعر المريض بألم مطلقا ، وإذا كانت الأورام أكثر من المعتاد فى الكبر ومتسعة فيصح عمل كحت لها بملعقة الكحت ، وفى هذه الحالة يجب عمل بنج موضعى فى قاعدتها . وإذا ترك مكان الكحت أو الدياترمى غائرا فيمكن عمل غيار لها بمحلول سلفات الزنك للعمل على سرعة التحامها .

أسباب عدم شفاء المريضة التى تعالج من السيلان

إصابة السيلان فى النساء إصابة مزمنة تحتاج الى عناية خاصة وصبر على العلاج فترة كافية من الزمن ، إلا أنها فى النهاية إصابة قابلة للشفاء اذا اتبعت المريضة العلاج

بانتظام على يد طبيب مختص بمعالجة هذه الأمراض ، غير أنه كثيرا ما تهمل المريضة نفسها وتتهاون بالعلاج فتقاسى مضاعفات المرض المؤلمة طوال أيامها . ولكى أبين أسباب عدم الشفاء بدقة أقسم المرضى المعالجات الى ثلاثة أقسام :

(أوّلا) مرضى يعالجن فى المستشفيات الخاصة .

(ثانيا) « « « الداخلية .

(ثالثا) « « على يد طبيب خاص .

(أوّلا) أما المرضى اللاتى يعالجن فى المستشفيات الخارجية — فترجع أسباب عدم شفائهن الى الأسباب الآتية :

(ا) حضورهنّ الى العلاج فى أيام معينة من الأسبوع (٣ أيام عادة) .

(ب) عدم مواظبتهنّ على العلاج حتى فى الأيام المعينة المذكورة .

(ج) عدم بعدهنّ عن أزواجهنّ (ومعظمهم يهمل علاج نفسه) فيأخذن عنهم العدوى من جديد باستمرار .

(د) عدم المحافظة على شروط العلاج ، فتراهنّ يجهدن أنفسهنّ ويتعاطين المأكولات الحريفة التى من شأنها المساعدة على احتقان أحشاء الحوض فتزداد حالة الإصابة سوءا على سوء .

(ثانيا) وأما المرضى اللاتى يعالجن فى المستشفيات الداخلية — فترجع أسباب عدم شفائهنّ الى الأسباب الآتية :

(ا) خروجهنّ من المستشفى قبل إتمام العلاج .

(ب) إغفال الطبيب المعالج فحص المجارى البولية والأعضاء التناسلية فحصا تاما ، لأنه قد يحدث أن تكون هناك إصابة خفيفة لا زالت كامنة بالمجرى البولى مثلا ، وكان يجب فحص المجرى بمنظار المجرى للتأكد من عدم وجود تلك الإصابة الكامنة التى قد تسبب إصابة حادّة بعد إيقاف العلاج . ومثل هذا يحدث فى القنوات المحاذية لمجرى البول أو قنوات سكين أو غدّة بارثولين ، لهذا كان فحص هذه الأجزاء فحصا دقيقا من الأهمية بمكان فى تقدير شفاء المريضة .

والمريضات اللاتى يعالجن فى مستشفى داخلى هنّ أسرع المرضى شفاء من غيرهنّ لأنهنّ تحت علاج منتظم باستمرار و يكنّ بعيدات عن أزواجهنّ .

(ثالثا) أما المرضى اللاتى يعالجن على يد طبيب خاص — فهذه الفئة هى أكثر الأنواع الثلاثة مضايقة للطبيب للأسباب الآتية :

(أ) عدم الحضور بانتظام الى العلاج والتغيب عنه فترات طويلة .

(ب) عدم محافظة المريضة على أوامر الطبيب ، من حيث البعد عن الزوج وعدم الإجهاد الجسمانى وعدم الانتظام فى تعاطى المأكل حسب أمر الطبيب .

(ج) انقطاع المريضة من تلقاء نفسها عقب راحة مؤقتة ظنا منها أن هذا القدر من العلاج كاف للشفاء ، وقد يدفعها الى ذلك عدم رغبتها فى دفع نفقات أكثر مما دفعته فى العلاج المؤقت . ولما كانت طبيعة العلاج تستغرق بضعة أشهر فقد يكون السبب فى الانقطاع اعتقاد المريضة عدم احتمال شفائها نظرا لطول مدّة العلاج .

متى يحكم الطبيب على المريضة بأنها شفيت ، وماهى علامات الشفاء؟

إن البحث فى هذا الباب من الأهمية بمكان ، لذلك سأتكلم فيه باسهاب ، وان كان معظم ماسأذكره سبق أن ذكرته فى مناسبات كثيرة فى الأبواب السابقة . وقبل أن أتكلم عن المرأة يجب أن أنوه بأهمية خلو الزوج وشفائه من المرض قبل رجوع الزوجة الى حياتها الزوجية معه ، لأنه لا فائدة من علاجها بينما يكون الزوج منبع عدوى جديدة المرّة تلو الأخرى ، لذلك يجب أن يتحقق الرجل من الشفاء تماما ، ولا ينسى عمل مزرعة من السائل المنوى للتأكد من خلوه من الجونوكوك ، ولكى تعتبر المريضة أنها شفيت يجب أن يتوفر فيها الشرطان الآتيان :

(١) أن تكون خلوا من جميع العلامات الاكلينيكية المصاحبة للمريض .

(٢) أن تكون إفرازاتها خلوا من ميكروب السيلان والكرات القيحية ، ولكى نتأكد من زوال العوارض الاكلينيكية يجب :

(ا) أن تكون فتحة مجرى البول غير ملتهبة أو مصحوبة باحتقان أو احمرار .

(ب) أن يكون مجرى البول خاليا من الافرازات القيحية بعد الضغط عليه من المهبل ، وأن يظهر المجرى من خلال منظار مجرى البول سليما خاليا من المضاعفات مثل مبادئ ضيق أو جيوب قيحية .

(ج) أن تكون قنوات سكين وفتحاتها والقنوات المحاذية لمجرى البول غير ملتهبة ، وخصوصا فتحاتها حيث يجب أن تكون خالية من احمرار أو التهاب ، ويجب ألا يصحب الضغط على تلك القنوات ظهور إفرازات قيحية من فتحاتها .

(د) أن تكون غدّة بارثولين فى كل جانب غير متضخمة ؛ وألا يظهر الضغط عليها وعلى قنواتها إفرازات قيحية من فتحتها ، كما يجب أن تكون الفتحة غير ملتهبة أو محتقنـــة .

(ه) ألا يظهر إفراز قيحى من فتحة المهبل كما يجب أن تكون فتحة المهبـل ذات لون عادى غير مصحوبة باحمرار أو التهاب أو ألم عند فحصها .

(و) أن تكون فتحة الشرج غير ملتهبة وألا يظهر منها قيح عند فحصها .

(ز) أن تكون فتحة عنق الرحم غير ملتهبة وألا يوجد تسلخ بها (Erosion)- وألا يظهر من الفتحة إفراز قيحى .

(٢) أما من الوجهة التحليلية ، فلكى نتأكد من خلو الإفرازات من ميكروب السيلان ، يجب أن ندلك مجرى البول بوضع الأصبع السبابة الأيمن فى المهبل ، ونضغط على سطحه الأعلى من الخلف الى الأمام ، بحيث يكون الضـغط على قاعدة مجـرى البول . فاذا ظهر إفراز من فتحة مجرى البول يجب أن نأخذه بسلك بلاتينى معقم ، ونضعه على شريحة من الزجاج ، ونحلله بطريقـة صبغة جرام ؛ فتكون النتيجة سلبية لميكروب الجونوكوك . ويشـترط كذلك ألا يوجد عدد كبير من الكرات القيحيـة فى الشريحة ، وكذلك يشـترط ألا توجد خلايا بشرية متعـدّدة من مجرى البول ، لأن ذلك يدل على وجود التهاب مزمن بالمجرى يجب علاجه قبل الحكم على شـفاء المريضة . فاذا ظهر من تحليل الشريحة بالطريقة المذكورة عدم وجود الجونوكوك

نعطى المريضة حقنة من فاكسين الجونوكوك (٥٠٠ مليون) ونعيد التحليل فى اليوم الثانى بعد أن نأمر المريضة بعمل مجهود جسمانى أكثر من المعتاد . فاذا لم يظهر بعد ذلك ميكروب الجونوكوك نسلم بخلو المجرى من الإصابة .

بعد ذلك يجب فحص البول فحصا بسيطا عاديا . ومن أجل ذلك يستحسن أن يفحص بول الصباح ، وإن لم يتيسر فيجب أن يفحص البول الذى حفظته المريضة مدّة ساعتين على الأقل فى المثانة قبل التبوّل . لذلك يشترط أن يكون البول رائقا ليس به خيوط التهابية أو مواد قيحية ، وأن يكون حمضى التأثير خاليا من الزلال ، كما يجب أن يدار بوساطة الطاحونة المرسبة (Centrifuge) . وإذا وجد راسب فيجب أن يكون خلوا من الكرات القيحية أو الدموية أو الخلايا البشرية الكثيرة .

بعد ذلك يجب أن نضغط على قنوات سكين وقنوات غدّتى بارثولين ، ونأخذ (عينة) من الإفراز إن وجد ، ويستحسن عملها فى الوقت الذى نأخذ فيه (عينة) مجرى البول بعد إعطاء حقنة مهيجة من الفاكسين ، وكذلك (عينة) من عنق الرحم ، إلا أنه فى هذه الحالة يستحسن أن نمس عنق الرحم بمحلول نترات الفضة (١٪) ، ثم نحلل الإفراز بعدها بأربع وعشرين ساعة ، فان كان خلوا من الجونوكوك نعتبر الحالة خالية منه . ونلاحظ أنه يجب علينا تحليل (عينة) قبل استعمال نترات الفضة للتأكد من عدم وجود كرات قيحية بكثرة ، لأن ذلك يدل على وجود حالة التهابية تحتاج لعلاج .

ولما كان الشرج فى النساء عرضة للاصابة بالسيلان بسبب تسلسل الإفرازات المهبلية وتساقطها عليه ، لذلك يجب ألا ننسى أخذ (عينة) من فتحة الشرج ونحللها للتأكد من خلوها من الجونوكوك .

بقى علينا مسألة عمل مزرعة من الإفرازات السابقة . وهذه الطريقة من الأهمية بمكان ، ويجب أن يقوم بها بكتريولوجى يعتمد عليه . فان ظهر بعد ذلك أن الإفرازات خالية من الجونوكوك أمكننا أن نجزم بأن الحالة شفيت من إصابة

السيلان . وأخيرا يجب فحص المصل الدموى (Serological test) . وكيفية ذلك أن نأخذ مقدار (٣ سم^{٣}) من الدم من الذراع فى أنبوبة تجارب معقمة ، ثم نرسلها للمعمل حيث يفصل المصل ويحلل بطريقة اثبات المكمل (Complement fixation test for gonorrhoea) . وهذه الطريقة تعطى نتيجة سلبية للسيلان فى الثلاثة الأشهر الأولى من العدوى ، ثم تصبح إيجابية ، وتستمر كذلك الى ما بعد الشفاء بنحو ستة أشهر أو أكثر . وسأذكر ملاحظات عنها فى البحث التالى .

تجربة تثبيت المكمل للسيلان

(The gonococcal Complement fixation Test)

هذه التجربة تبين لنا وجود الأجسام الدافعة (Antibodies) فى الدم أو عدم وجودها ، فهى لهـذا السبب لا تعتمد على وجود الجونوكوك فى الأغشـية . وقد ذكر بريس (Price) أن تكوين هذه الأجسام الدافعة فى الدم يتوقف على ما يأتى :

(أولا) مدّة الإصابة ، حيث أن هـذه التجربة من النادر أن تصير إيجابية قبل الأسبوع الثالث أو الرابع .

(ثانيـا) درجة انتشار المرض فى المجارى البولية أو الأجهزة التناسلية ، وهذا يتعلق بتاريخ الإصابة ودرجة إصابة الأغشية ومقدار العلاج الذى وصف للمريض .

(ثالثـا) درجة مقاومة الأغشية للجونوكوك ، فان نتيجة تجربة تثبيت المكمل للسيلان لا تكون إيجابية مطلقا فى المرضى الناقلين للجونوكوك (Gonococcal Carriers) ، ففى هـذه الحالات تظهر نتائج تحليل الشرائح الزجاجية للافراز والمزرعة إيجابية . بينما تكون تجربة تثبيت المكمل سلبية للسيلان . وفى بعض حالات قد تكون نتيجة التجربة سلبية فى الاصابات الخفيفة المحصورة فى مكان واحد .

(رابعـا) الحالات التى يبتدئ العلاج فيها مبكرا فى خلال الأسبوع الأول من الاصابة تعطى نتائج سلبية دائمـا ، أو إيجابية ضعيفة فى خلال مدة الاصابة . فإذا ما زالت عوارض الاصابة الحادة فإن تجربة تثبيت المكمل للسيلان هى خير ما نستعين به

على الحكم عما اذا كانت الالتهابات التى تعقب العلاج هى لا زالت بسبب الجونوكوك أو بسبب الميكروبات المصاحبة مثل الميكروب السبحى و باشلس القولون .

وتصبح التجربة سلبية عقب الشفاء إكلينيكيا بنحو ثلاثة شهور أو أربعــة . فاذا ما استمرت النتيجة ايجابية رغم عدم ظهور علامات إكلينيكية تشير للمرض فهذا دليــل قاطع على وجود بؤرة مختفية لم تعالج من السيلان . وفى هــذه الحالة يجب أن نجعل المريضة المعالجة تحت الملاحظة مدة كافية حتى نتوصل لموضع الاصابة المختفية، مثل مبادئ التهاب البوق، أو غدّة بارثولين، أو قنوات سكين .

وهناك نقطة يجب ذكرها، وهى أن النتيجة قد تكون إيجابية بسبب الاستمرار فى إعطاء المريضة حقنا من فاكسين الجونوكوك . ففى هــذه الحالة يوقف إعطاء الفاكسين، و بعد ستة أسابيع تصبح التجربة سلبية .

ونحن اذا اســتثنينا حالات نادرة معروفة باسم (Cross-fixation) وفيها تعطينا النتيجة نتائج إيجابية كاذبة فى بعض حالات التهابات الأنف أو الحنجرة فان هذه التجربة يعوّل عليها كثيرا فى السيلان . وقد ذكر بريس (Price) أنه فى هذه الحالة تعــزى النتيجة لوجود ميكروبى (Micrococcus Catarrhalis) و (M. Flavus) وعلى ذلك فقد نحصل على نتائج إيجابية باستمرار فى الحالتين الآتيتين :

(أوّلا) الحالات التى تصاب بعــدوى مزدوجة بميكروب السيلان؛ وكذلك بميكروب (M. Catarrhalis) أو (M. Flavus) .

(ثانيــا) الحالات التى يظهر فيها النوعان السابقان من الميكروبات دون وجود الجونوكوك، وفى هذه الحالات يجب عمل تجارب شهرية على دم المريضة للمقارنة بين الأجسام الدافعة للجونوكوك (Gonococcal Antigen)، والأجسام الدافعة لميكروب (M. Catarrhalis) أو (M. Flavus) ومن الجدول الآتى يتبين لنــا عدم تغير نسبة الأجسام الدافعة لميكروب (M. Catarrhalis) بينما تأخذ الأجسام الدافعة للسيلان فى الهبوط . وقد استعمل فى هذا الجدول أعلى درجة مخففة من المصل تعطينا نتيجة إيجابية لتجربة تثبيت المكمل .

نتيجة التجربة الشهرية	الأجسام الدافعة للسيلان	الأجسام الدافعة لميكروب (M. Catarrhalis)
الشهر الأول	١ من ٦٠	١ من ٨٠
« الثانى	١ من ٣٠	١ من ٨٠
« الثالث	١ من ١٠	١ من ٨٠
« الرابع	١ من ٥	١ من ٨٠

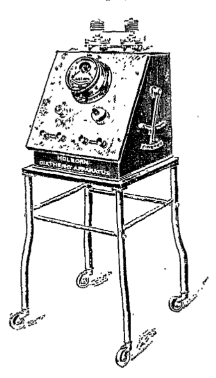
الدياترمى (The Diathermy)

ملاحظات عامة — يقصد بالدياترمى الحرارة النافذة أو المخترقة، ولها جهاز خاص يتصل بالتيار العام فيحوّل الكهرباء الى حرارة، وقد تنوّعت أجهزة الدياترمى وشاع استعمالها حديثا، فلا يكاد يخلو فرع من فروع الطب دون أن يشير الى مزايا الدياترمى العلاجية، سواء أكانت طبية أم جراحية. وقد بدئ باستعمال الدياترمى فى العمليات الجراحية حيث يوصل المشرط بالقطب الإيجابى، فعند مرور التيار واستعمال القطع تتجمد الأغشية المحيطة بمكان القطع وتحترق، وهذه لها مزاياها من حيث وقف النزيف الدموى وعدم ترك جزء من الورم المطلوب إزالته، وخصوصا فى الأورام أو القرح الخبيثة، كما أنها تساعد على عدم تلوث الأجزاء السليمة بما يحويه المشرط من أجزاء الورم المزال.

وتستعمل الدياترمى بكثرة فى أمراض العيون والأنف والحنجرة لكى الزوائد والأورام والقرح، وفى الأمراض الباطنية والتهابات الصدر مثل التهاب البلاورا والتهاب تامور القلب، ولها مزايا مشهورة فى شفاء آلام الروماتزم المفصلى أو العضلى، كما تستعمل فى الأمراض الجلدية لإزالة الحبوب وبعض التشويهات الخلقية والأمراض الطفيلية.

واستعمال الدياترمى فى السيلان ومضاعفاته فى الرجال والنساء والأطفال هو بيت القصيد، فهى تعتبر من الأهمية بمكان فى علاج التهابات المبيض والبوق والرحم، سواء أكانت بسبب السيلان أم بغيره.

أنواع الأجهزة المستعملة — الأجهزة الموجودة فى الأسواق بعضها انجليزى والبعض الآخر فرنسى أو ألمانى أو أميركى . وجميعها مركبة على نمط واحد ، وتختلف فقط فى أن كل مصنع يعمل جهازه على شكل خاص ، ولذا ترى منها ما هو على شكل صندوق متحرك ، ومنها (وهو الأكثر شيوعا الآن) ما يشبه جهاز البانتوستات فى حجمه ويركب على حامل متحرك ذو أربعة أرجل (انظر الشكل) . وتختلف الأجهزة من حيث اتصالها بالتيارات الكهربائية . وعلى العموم يجب



جهاز الدياترمى

أن تتصل الدياترمى بتيار متقطع (Alternating current) فإذا كان تيار المدينة من نوع التيار المستمر (Continuous current) فيجب أن يتصل بالدياترمى محوّل للتيار (Converter) حيث يحوّل التيار المستمر الى تيار متقطع . و بعض الأجهزة يركب على تيار قوّته (١٥٠ فولت) بينما يركب الآخر على تيار قوّته (١١٠ فولت) أو (٢٢٠ فولت) ، كما أنه يمكن أن يحوّل بعضها من (١١٠ فولت) الى (١٥٠ فولت أو ٢٢٠) و بالعكس . فإذا كان الجهاز لا يمكن تحويله من قوّة الى أخرى فيجب استعمال مغير لقوّة التيار (Transformer) حسب القوّة المناسبة للتيار الموجود بالمستشفى الخاصة أو العامة .

وجميع الأجهزة مركب على سطحها الأعلى مقياس لقوة التيار، ويقسم من (١ الى ٦ أمبير)، ويوجد دليل معدنى يحرك على المقياس ويمكن به جعل التيار قويا (خصوصا عند استعماله فى العمليات الجراحية والالتهابات المزمنة) أو ضعيفا (لاستعماله فى غير ذلك). وبعض الأجهزة معد لعلاج مريضين فى وقت واحد والبعض لمريض واحد، كما أن بعض الأجهزة — وهى الشائعة — ذوموجات طويلة (Long wave length)، والبعض ذو موجات قصيرة (Short wave length).

وسأخصص بحثى على استعمال الدياترمى فى السيلان ومضاعفاته وإصابات المجارى البولية وأعضاء التناسل.

فعل الدياترمى على الأغشية المصابة بالسيلان — إن حياة الجونوكوك فى أنسجة الجسم تحوطها عوامل تختلف عنها فى حالة وجودها فى المزرعة فى المعمل الكيمياوى، ففى الحالة الأخيرة اذا رفعنا درجة حرارة الوسط الذى تعيش فيه بحيث يموت الجونوكوك فإن ذلك يكون بسبب فعل الحرارة وحدها وزمن تعرضه لها، أما فى أنسجة الجسم فهنالك عوامل عدة لا تساعد على حياة الجونوكوك، ويهمنا فى حالة تعرض هذه الأنسجة لفعل الدياترمى معرفة ما اذا كانت حرارة الدياترمى وحدها هى سبب القضاء على الجونوكوك، أو أنها فوق ذلك تساعد على مقاومة هذه الأنسجة للجونوكوك. وقد وجد بالتجربة أنه اذا سلطت الدياترمى على مجرى بول سيدة مصابة بالسيلان ورفعت الحرارة الى درجة (١١٣° فهرنهيت) مدة تتفاوت بين (٢٠ دقيقة و ٣٥) وكررت هذه العملية مرتين أو ثلاثة، مرة كل ثلاثة أيام، فان الجونوكوك يختفى أثره من مجرى البول. وأما فى حالة المفاصل المصابة بالسيلان، فمن المشكوك فيه أن مفصلا كبيرا مثل الركبة مصابا بالسيلان عند تعرضه لتيار الدياترمى ترتفع حرارته من الداخل الى درجة تبلغ (١١٣° فهرنهيت). ومع ذلك فيجب أن نعترف أن الدياترمى قامت بواجبها العلاجى فى إبادة الجونوكوك أو على الأقل فى وقف نموه فى المفصل.

وفى البروستاتا نشك كثيرا فيما اذا كنا رفعنا حرارة هـذه الغدّة جميعها الى حرارة تبلغ (١١٣° فهرنهيت) وحتى لو نعرضها فى جلسة واحدة مدّة تبلغ (٣٧ دقيقة) ، ومع ذلك ففى حالات كثيرة تحسنت البروستاتا بعلاجها بالدياترمى تحسنا واضحا، كما تحسنت المفاصل الملتهبة بسبب السيلان فى بعض حالات أخرى بعد تعريض البروستاتا وحدها للدياترمى . من ذلك يمكننا أن نستنتج أنه يحتمل أن يكون عدم ظهور الجونوكوك فى الأغشية المصابة بعد تعرّضها للدياترمى معزوا الى سبب آخر زيادةعن فعل الحرارة المباشر على الجونوكوك . ومن المؤكد أن الحرارة اذا لم تهلك الجونوكوك فهى على الأقل تضعف من حيويته، وهى فى الوقت نفسه تساعد مناعة الأغشية فى التغلب على الميكروب، لأن الجزء المسلط عليه الحرارة تصله دورة دموية أكثر من المعتاد ، وكذلك تساعد الحرارة الأنسجة على تكوين مواد مضادة للمواد التسممية للجونوكوك . ولما كانت الحرارة التى تولدها الدياترمى تتكوّن فعلا داخل الأنسجة لا على سطحها فهى تساعد الدورة الدموية فى مرورها فى الأجزاء المصابة . وعلى ذلك فنحن نعتقد أن مزايا الدياترمى الطبية فى الإصابة بالسيلان هى بسبب فعل الحرارة لا على الجونوكوك وحده بل على الأنسجة، وهـذا التأثير قاتل للجونوكوك ومساعد على تنشيط الأنسجة المصابة .

ويهمنا الآن أن نبحث فى موضوعين هامين : الموضوع الأوّل ما هى درجة الحرارة المناسبة التى نرفع اليها حرارة الجزء المصاب ؟ وما هو الزمن المناسب لتعريضه لتيار الدياترمى حتى يكون التأثير على الجونوكوك بالغا أشدّه ؟ . والموضوع الثانى ما هى درجة الحرارة المناسبة والزمن المناسب لتعريض الأنسجة للدياترمى، بحيث لا ينشأ عن ذلك التهاب أو احتراق لتلك الأنسجة ؟ .

أما عن فعل الحرارة المباشر على الجونوكوك، فيتعين علينا من الوجهة النظرية أن نرفع الحرارة الى أكبر درجة ممكنة والى أطول مدّة ، بحيث لا تتأثر الأنسجة فى الوقت نفسه بما يؤذيها . أما من الوجهة العملية فانه لا يمكننا تحقيق ذلك فى كل الحالات ، ففى عنق الرحم مثلا يمكننا أن نرفع درجة حرارته الى (١٢٠° فهرنهيت)

— وهى تعتبر درجة عالية بحيث اذا زادت عن ذلك سببت احتراقا لعنق الرحم — أما فى مجرى البول فى الإناث فلا يمكننا أن نرفع درجة حرارته الى أكثر من (١١٥° فهرنهيت) ، لأن الشعور بالحرارة يتحوّل الى ألم اذا وصلت الحرارة الى هذا الحدّ ، وليس من مصلحة المريضة رفع درجة حرارة مجرى البول الى الحدّ الذى يسبب لها ألما . أما فى الأجزاء المصابة التى لا يتيسر وضع قطب الدياترمى ملاصقا لها ، كما هو الحال فى البروستاتا والبوقين ، فلا يمكننا رفع درجة حرارتها الى (١١٥° فهرنهيت) مع العلم بأن رفع حرارة البوقين الى هذه الدرجة لمدّة عشر دقائق يعتبر كافيا ، واذا لم نتمكن من رفع درجة الحرارة الى (١١٥° فهرنهيت) لا نستطيع أن نصل الى نتيجة لأن عدم تحمل المريضة زيادة فترة التيار الى (٢٠ دقيقة) أو أكثر يحول بيننا و بين استعمال الدياترمى عمليا . أما عن الموضوع الثانى الخاص بالزمن ودرجة تعرّض الأنسجة لتيار الدياترمى مع الاحتفاظ بحيويتها ، فلا يمكننا بالدقة تحديد ذلك ، غير أنه يمكننا أن نذكر أن بدء شعور المريض أو المريضة بألم الحرارة هو المقياس التقريبى لدرجة تحمل الأنسجة للتيار . وربما كان تعرّض الأنسجة لخمس درجات حرارة أو ست أعلى من المعتاد لفترة طويلة داعيا الى تنشيط الأنسجة ومساعدتها على التغلب على الجونوكوك أكثر من تعرّضها لدرجات أعلى لفترة قصيرة .

استعمال الدياترمى فى التهاب المفصل السيلانى — يهمنا فى علاج المفصل بالدياترمى علاج الاصابة الأصلية بالدياترمى أيضا علاوة على طرق العلاج المتبعة والسابق شرحها فى علاج السيلان . والواقع أن علاج منبع الاصابة الأصلى أكثر إفادة من علاج المفصل وحده ، وفى كثير من الحالات نكتفى بعلاج الاصابة الأصلية فتشفى تبعا لذلك إصابة المفصل ، غير أننا نفضل علاج المفصل بالدياترمى فى الوقت نفسه حتى يكون شفاؤه أسرع وأدعى الى تحمل المريض آلاما طويلة .

فاذا حضر لنا مريض مصاب بالتهاب المفصل السيلانى ، ففى أوّل زيارة نسلط تيار الدياترمى على البروستاتا والحويصلات المنوية ومجرى البول الخلفى . وفى النساء نمرّر التيار فى مجرى البول وعنق الرحم ، وبعد ذلك بقليل نسلط

الدياترمى على المفصل فى نفس اليوم . ويكرر هذا النظام ثلاث مرات فى الأسبوع ، ويكتفى بنحو عشر جلسات أو اثنتى عشرة جلسة . بعد ذلك نبحث عن الجونوكوك فى إفراز البروستاتا والحويصلات المنوية بعد تدليكها ، فان كان خاليا من السيلان نوقف استعمال الدياترمى فى هذه الأجزاء ، ونكتفى بالاستمرار على دياترمى المفصل اذا استمر الألم فيه . وفى حالة وجود مفاصل عديدة ملتهبة نكتفى بتسليط الدياترمى على المفصل الأكثر ألما ، واذا شعر المريض بتحسن يذكر من حيث الألم فى المفصل عقب جلستين أو ثلاث نوقف دياترمى المفصل ، ونستمر فى عمل دياترمى للبروستاتا أو الحويصلات حتى يختفى الجونوكوك من الإفراز .

وأما عن مجرى البول فى النساء وعنق الرحم فنكتفى باستعمال الدياترمى خمس جلسات أو ثمان ، على أن يستمر التيار فى كل جلسة فترة تتراوح بين عشر دقائق وربع ساعة . ولا يعزب عن البال أن تيار الدياترمى لا يفيد فقط فى تقليل الألم ، بل يساعد المواد الالتهابية بالمفصل على الامتصاص ورجوعها الى حالتها الطبيعية ، ويمكن أن نزيد على ذلك تنبيه المفصل بالتيار الجلفانى بوساطة البانتوستات ، وعمل تدليك وتحريك منظم للفصل ؛ وعلى ذلك يمكننا أن نقسم العلاج الموضعى للفصل الملتهب بسبب السيلان الى التقسيم الآتى :

(١) تسليط الدياترمى على البروستاتا والحويصلات المنوية ومجرى البول الخلفى مدة تتراوح بين عشر دقائق وثلث ساعة ، وتكرر ثلاث مرات فى الأسبوع ، ويكتفى باثنتى عشرة جلسة تقريبا ويقيد ذلك عدم ظهور الجونوكوك فى إفراز البروستاتا والحويصلات المنوية .

وفى النساء نمرر الدياترمى فى مجرى البول وفى عنق الرحم مدة تتراوح بين عشر دقائق وربع ساعة ، ونكتفى عادة باثنتى عشرة جلسة .

وفى الوقت نفسه نعالج المفصل نفسه بالدياترمى ، ونوقفها عند اختفاء الألم .

(٢) الاستمرار فى تسليط التيار فترات على المفاصل إذا استمر الألم بها ، وذلك الى أن يشعر المريض براحة .

(٣) نقوم بعلاج المفصل بالتدليك والتنبيه الكهربائى والحركة حتى يعود المفصل الى حركته الطبيعية بدون ألم .

كيفية تسليط الدياترمى على المفصل — يستعمل لذلك لوحتان من الرصاص السميك متناسبتان مع حجم المفصل، وتوضع إحداهما على السطح الأمامى (كما فى حالة الركبة)، والأخرى على السطح الخلفى ملاصقتان للجلد. فيمر التيار مخترقا المفصل بشكل مستعرض . ومن المهم أن تكون لوحة الرصاص ملاصقة فى جميع جهاتها للجلد، حتى لا يشعر المريض بحرارة فى بقعة أكثر من غيرها، وربما تألم منها ؛ ويجب أن تكون اللوحتان فى وضعهما متقابلتين . واذا وضعتا مرة إحداهما أماميـة والأخرى خلفية بالنسبة للمفصل ففى المرة التالية توضعان إحداهما على جانب من المفصل والأخرى على الجانب المقابل له . وفى حالة الرسغ يكتفى بوضع واحد، وهو : لوحة أمامية وأخرى خلفية . وفى مفصل القدم يكتفى بوضعهما كلا على جانب من المفصل . وفى حالة المفصل بين الترقوة والقص (Sternoclavicular joint) توضع لوحة من الأمام والأخرى على الظهر فى مقابل اللوحة الأمامية، وفى اتجاه مواز لها حتى يأخذ التيار أقصر طريق ممكن. وبالمثل فى بقية المفاصل .

قوة التيار وعدد مرات الاستعمال — يجب أن تكون شدة التيار كافية لإحداث أعلى درجة من الحرارة يمكن للمريض تحملها بدون ألم، ويجب أن نتجنب حرق الجلد، وهذا يحصل عادة إذا ارتفعت الحرارة أولم توضع اللوحتان بانتظام وملاصقتين للجلد، وفى العادة تكون قوة التيار ما بين (½ و ½ ١ أو ٢ أمبير) على الأكثر، ويجب أن تكون مدة الدياترمى ما بين ثلث الساعة ونصفها، وتكون عدد المرات فى الأسبوع اثنتين أو ثلاثا على الأقل، ويتوقف مجموع الجلسات على حالة الإصابة بالمفصل وعلى سرعة تأثره بالدياترمى .

استعمال الدياترمى فى التهاب البربخ السيلانى (Gonococcal Epididymitis) — يعتبر علاج التهاب البربخ السيلانى فى الدور الحاد بالدياترمى

من أهم وأنجع الطرق فى علاج هذه الاصابة، وهـذه الطريقة تخفف كثيرا من ألم الخصية الشديد كما أنها تساعد على زوال الورم والالتهاب، ويمكننى أن أقول بحق: إنه قد ظهر لى من تجاربى فى علاج هذه الاصابة بالدياترمى، ان استعمال الدياترمى يعتبر علاجا أساسيا فى حالات التهـاب البربخ السيلانيـة الحادة، أما الحـالات المزمنة فهى تساعد كثيرا على زوال الورم . أما رجوع البربخ الى حالته الطبيعية من حيث الحجم فأمر يتوقف على شدّة الاصابة وإزمانها ودرجة التليف فى البربخ .

طريقة استعمال الدياترمى فى التهاب البربخ السيلانى — توجد عدّة طرق لذلك، فمنها مايكون القطب الايجابى فيها على شكل فنجان من الرصاص كبير الحجم توضع فيه الخصية الملتهبة ويلف حولها بحيث يلاصقها تمـاما ؛ ثم يوضع القطب السلبى فى العجان، ومنها ما يكون فيها كل من القطبين فى شكل لوحة من الرصاص (كما هو الحال فى التهاب المفاصل) توضع إحداهما (السلبية) أمام الخصية والأخرى (الايجابية) خلفها ملاصقة للبربخ . والطريقة الأولى أكثر فائدة من الثانية حيث تحاط الخصية فيها بالرصاص المسخن من جميع الجهات . ونمرّر التيار حسب درجة تحمل المريض، وفى العادة نستعمل ما بين (½ و ١ أمبير) وتكون مدّة الدياترمى ما بين ربع الساعة ونصفها، ويكتفى بست مرات أو ثمـانى، على أن يمرّ يوم بين كل مرة والتى تليها . ومن المهم ملاحظة عدم تعرّض جلد الصفن الرقيـق للاحتراق، لأن حرق الدياترمى يأخذ وقتا طويلا فى الالتحام، حيث يغور فى الأغشية العميقة، كما أنه يعوق سير العلاج المطلوب . ويجب ألا ننسى علاج الحويصلات المنوية والبروستاتا فى هذه الحالة، ويستحسن عمل جلسات دياترمى خلفية لهاتين الغدّتين فى فترات علاج البربخ . وهنا يستحسن أن أشير إلى أنه يجب عدم تدخيل آلات، كما يستحسن عدم عمل غسول لمجرى البول فى أثناء الاصابة الحادة فى البربخ، لأن ذلك يزيد فى حالة التهابها ويؤخر شفاءها .

استعمال الدياترمى فى التهاب البروستاتا السيلانى وفى التهـاب الحويصلات — استعملت الدياترمى فى حالات التهاب البروستاتا الحادة وتحت

الحادة والمزمنة ، وقد حصلت على نتائج متباينة فى هذا الصدد ، على أنه يجب أن أذكر أن الدياترمى فى التهابات البروستاتا والحويصلات الحادة وتحت الحادة قد أفادت فائدة كبرى من حيث سرعة زوال الالتهاب . أما فى الحالات المزمنة المصحوبة بتضخم فى هذه الغدّة فتعتبر الدياترمى علاجا ثانويا لا أساسيا، كما هو الحال فى التهاب المفاصل أو البربخ . وليس من شك فى أن الدياترمى تساعد على تنشيط الدورة الدموية فى البروستاتا والحويصلات المنوية الى درجة ما ، على أنه لكى نحصل على فائدة محسوسة من استعمالها فى الحالات المزمنة يجب أن نستمرّ فى استعمالها جلسات كثيرة تتفاوت بين الخمس عشرة والعشرين ، وأن تكون مدّة الجلسة لا تقل عن ٢٥ دقيقة . ويلاحظ أن المريض يشعر دائما براحة عقب استعمالها ويرغب فى الاستزادة منها .

طريقة الاستعمال ـــ يستعمل لذلك قطب إيجابى من المعدن له يد مكسوّة بمادة عازلة مثل الخشب أو المطاط أو غيره (انظر الشكل صفحة ٤٥٠) . والجزء المعدنى مستقيم الشكل وتميل نهايته عليه بزاوية مقدارها (١٢٠° درجة) تقريبا، وهذا هو الجزء الذى يلاصق الجدار من الشرج المقابل لغدّة البروستاتا والحويصلات المنوية ، أما القطب السلبى فهو فى شكل حزام من الرصاص يلف حول البطن من أسفل . (انظر الشكل) .

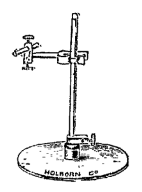


حزام من الرصاص للدياترمى

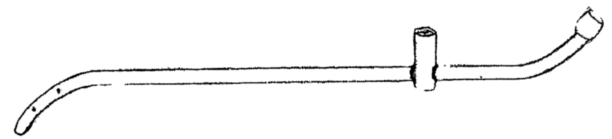
وعند الاستعمال ينام المريض على أحد جانبيه ويلف حول أسفل البطن الحزام السابق ذكره، بحيث يلاصق الجلد تماما، ويجب ألا توجد ملابس ما بين الحزام والجلد، وإلا تألم المريض بسبب لسع الرصاص للجلد، كما يستحسن أن يزال الشعر الكثيف إن وجد، لأنه يعتبر جسما عازلا ويفعل ما تفعله الملابس .

بعد ذلك نجهز الموصل الايجابى بعد غليه وتعقيمه، ثم ندهنه بجليسرين أو فازلين، ثم ندخله فى الشرج بكل عنـاية بحيث يكون باطن الموصل المعـدنى متجها نحو الأمام لكى يأخذ اتجاه الشرج . وبعد إدخاله الى ابتداء الجزء العازل نوصل جهاز الدياترمى بالموصلين الايجابى والسلبى بوساطة حبلين من السلك المعدنى مكسوين بالمطاط، ونبدأ بتمرير الدياترمى ونستمر فى رفع التيار الى درجة يتحملها المريض . (وفى بعض الموصلات يوجد ترمومتر لمعرفة درجة الحرارة ، ولكنى أعتقد أن شـعور المريض يعوّل عليـه أكثر من الترمومتر، وخصوصا اذا علمنـا أن بعض المرضى لا يتحملون درجة الحرارة التى تعتـبر أقل من المعتاد عند كثيرين غيرهم) . ويستمر التيار فترة تتراوح بين ثلث ساعة وخمسة وعشرين دقيقة ، ثم نوقف التيار ونرفع الموصلات من المريض . ويجب ألا يتعرّض المريض الى تيار هوائى بارد عقب انتهاء الدياترمى مباشرة، وإلا شعر بألم بسبب احتقان البروستاتا . وقوّة التيار المستعملة تتراوح بين (١ و ٢ أمبير)، وتكون عدد الجلسات من اثنين الى ثلاث فى الأسبوع، ويكون مجموعها ما بين عشر وعشرين ، تبعا للاصابة ونتيجة استعمال الدياترمى .

استعمال الدياترمى فى مجرى البول فى الرجال — حاول كثير من الأطباء استعمال الدياترمى فى مجرى البول بطرق كثيرة، منها استعمال لوحين من الرصاص أحدهما يوضع على العجان والآخر على المثانة، ومنها وضع أحد اللوحين على السطح الأعلى لعضو التناسل والآخر على السطح الأسفل، وكلتا هاتين الطريقتين لم تأت بالنتيجة المرجوّة، وذلك لعدم الوصول بهما الى تسخين مجرى البول الى درجة عالية . من أجل ذلك استعمل أخيرا الموصل الايجابى فى شكل قسطرة معدنية جوفاء (انظر الشكل صفحة ٤٤٩) تدخل فى مجرى البول الى أوّل فتحة المثانة، وتثبت فى حامل (انظر الشكل صفحة ٤٤٩)، ثم يلف عضو التناسل بلوحة من الرصاص وهو الموصـل السلبى، وقد حصلت فى بعض حالات باستعمال هذه الطريقة على نتائج لا بأس بها، كما أنها فى حالات كثيرة لم تأت بالنتيجة المرغوبة، وتأثير الدياترمى على مجرى البول هو :



حامل لتثبت موصل الدياترمى المعدنى لمجرى البول



موصل الدياترمى لمجرى البول فى الرجال

(١) تنشيط الدورة الدموية للمجرى مما يساعد على التغلب على الميكروبات الموجودة بالمجرى .

(٢) نَشُك كثيرا فى التأثير المباشر على الجونوكوك ، لأن درجة الحرارة الناتجة من الدياترمى والتى تُحملها الأنسجة لا تكفى للتغلب على الجونوكوك ، واذا فرض وارتفعت درجة الحرارة فان الدورة الدموية تساعد على تبريدها ، ويجب عدم استعمال هذه الطريقة فى الحالات الآتية :

(ا) التهاب مجرى البول الحاد المصحوب بقيح .

(ب) « « المصحوب بورم البربخ .

(حـ) الحالات المصحوبة بنزيف دموى بسبب استعمال موسع أو غيره .

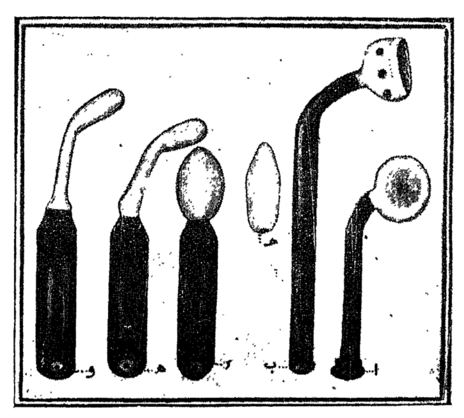
الدياترمى فى النساء — تستعمل الدياترمى للنساء فى الحالات الآتية :

(١) فى مجرى البول المصاب بالسيلان فى غير الدور الحاد .

(٢) « حالات التهاب عنق الرحم السيلانى أو التهاب جسم الرحم .

(٣) « « « البوق أو البوق والمبيض بسبب السيلان .

(٤) « « « الشرج السيلانى .



(ا) موصل الدياترمى المستعمل للمهبـــل .
(ب) « « « فى حالات التسلخ فى عنق الرحم .
(حـ) « « « فى المهبل فى العذارى والإناث من الأطفال .
(ى) « « « فى الالتهابات الرحمية والتهاب البوق والمبيض .
(هـ) « « « فى التهابات الشرج .
(و) « « « فى التهاب البروستاتا فى الرجال .

الدياترمى فى التهاب مجـرى البول فى الإناث بسبب السـيلان — يستعمل لذلك موصل للمجرى يشابه موصل المجرى فى الرجال، إلا أنه أصغر حجما منه ومستقيم، ويثبت على الحامل السابق ذكره (انظر الشكل صفحة ٤٤٩) . وفى هذه الحالة وجميع الحالات الآتية الخاصـة بالنساء يستعمل الموصل السلبى الحزام من الرصاص المرسوم فى (صفحة ٤٤٧) بعد ذلك نمرر التيار تدريجيا بمقدار ($\frac{1}{2}$ أمبير)، وتزاد تبعا لدرجة تحمل المريضة ، ويستمر التيار مـدّة عشر دقائق أو ربع ساعة ، ونكرر العملية نحو عشر مرات .

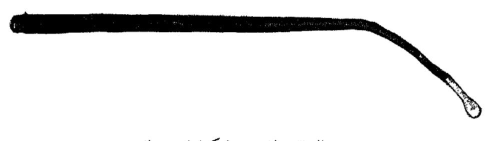
وقد اسـتفادت حالات كثيرة من اسـتعمال الدياترمى فى التهاب مجـرى البول السيلانى واختفى الجونوكوك وزالت عوارض ألم البول .

الدياترمى فى التهاب عنق الرحم السيلانى — نستعمل الدياترمى لعنق الرحم فى الحالتين الآتيتين : (أولا) تسلخ العنق بسبب السيلان (Gonococcal Erosion) (ثانيا) التهاب قناة عنق الرحم السيلانى (Gonococcal Endocervicitis)

(أولا) فى حالات تسلخ عنق الرحم بسبب السيلان نستعمل الدياترمى بأحد هذين المظهرين : (ا) تسليط حرارة مستمرة حول العنق . (ب) عمل كى بالدياترمى للتسلخ .

(ا) ففى حالات تسليط حرارة مستمرة حول العنق يستعمل الموصل (ب) فى الشكل المرسوم فى (صفحة ٤٥٠)؛ حيث يركب الجزء المعدنى الذى هو فى شكل الفنجان حول العنق ، ونمرر التيار كالمعتاد ، و يستمر التيار مدة عشر دقائق . ونكتفى بنصف أمبير أو (٣/٤ أمبير) . وتكرر العملية ثمانى مرات بمعدل مرتين فى الأسبوع . وفى العادة تحسن حالة العنق ويأخذ التسلخ فى التلاشى ، كما يختفى الجونوكوك من الإفراز .

(ب) أما فى حالات عمل كى بالدياترمى للتسلخ فيستعمل الموصل المرسوم (انظر الشكل)، وهو عبارة عن موصل معدنى فى شكل قلم مكسو جميعه بمادة عازلة ، ماعدا نهايته المستعملة للكى ؛ ويتصل هذا الموصل بالقطب الايجابى للدياترمى



موصل الدياترمى المستعمل فى كى تسلخ عنق الرحم

أما القطب السلبى فهو الحزام الرصاصى السابق ذكره . وطريقة الاستعمال أن تنام المريضة على ظهرها و يلف الحزام حول بطنها من أسفل، ثم نضع منظار المهبل

ونظهر عنق الرحم جيدا، ثم ننظفها بقطعة من السابرى المغموس فى محلول الميركيوروكروم (١٪) . ونمرّر التيار بمعدّل (½ أمبير)، ثم نكوى التسلخ بوساطة الموصل المذكور، فيظهر لنا التسلخ فى شكل طبقة بيضاء تكسو عنق الرحم، وتكرر العملية مرة كل أسبوع، ونكتفى بمرتين على الأكثر لزوال التسلخ. وهذه الطريقة مفيدة جدا ولا تحتاج الى مخدّر عام أو موضعى، وبعد أسبوعين يظهر عنق الرحم ملتحما ولا أثر للتسلخ فيه .

(ثانيا) التهاب قناة عنق الرحم السيلانى (Gonococcal Endocervicitis) يستعمل فى هذه الحالة موصل معدنى مستقيم ذو نهاية مائلة ذات قابضين، يدخل أحدهما فى قناة عنق الرحم ويستعمل الآخر كمثبت للسطح الخارجى للعنق . (انظر الشكل الآتى) . وطريقة الاستعمال تشابه الطريقة السابقة من حيث إظهار عنق الرحم وتطهيره، ثم ندخل الموصل باحتراس وندخل أحد القابضين فى داخل العنق، والقابض الآخر نقرّبه حتى يلتصق بخارج العنق ويثبتها، ونصل نهاية الموصل بالقطب الايجابى للدياترمى .



موصل الدياترمى لقناة عنق الرحم

أما القطب السلبى، فالحزام المستعمل فى الحالات السابقة يلف حول بطن المريضة كالمعتاد، وبعد ذلك نمرّر التيار بمعدّل (½ أمبير) مع مراعاة درجة تحمل المريضة للتيار (ويوجد فى بعض الموصلات ترمومتر لمعرفة درجة الحرارة، وهو يفضل فى هذه الحالة نظرا لأن الحرارة داخل عنق الرحم لا يمكن أن تقدّرها المريضة لعدم حساسية داخل العنق) . وتستمر هذه العملية نحو عشر دقائق، وتكرر مرتين فى الأسبوع، ويكتفى بست جلسات أو ثمانى . وهذه الطريقة مفيدة فى حالات التهاب قناة العنق واختفاء الجونوكوك من الافراز وانعدام القيح .

الدياترمى فى التهاب جسم الرحم أو البوق أو المبيض — فى هذه الحالات يستعمل موصل واحد، غير أنه يغير اتجاهه حسب موضع الإصابة ، ففى حالات التهاب جسم الرحم مثلا يبقى فى وسط المهبل ، أما فى حالات التهاب البوق أو المبيض فنوجهه نحو الجزء المصاب . والمستعمل من الموصلات فى ذلك الموصل ذو الشكل البيضى (انظر الشكل ى صفحة ٤٥٠) .

ويستعمل بعض الأطباء فى حالات التهاب البوق أو المبيض موصلا آخر معدنى الشكل مكسوا بمادة عازلة ماعدا نهايته ذات الشكل الأسطوانى (انظر الشكل الآتى) ، وهذه توضع فى المهبل ملاصقة لمكان البوق أو المبيض .



موصل الدياترمى المستعمل فى التهاب البوق أو المبيض

وطريقة الاستعمال هى أن يعقم الموصل بغليه، ثم نضعه فى المهبل بعد غسله بمطهر، حتى لا يستعمل الموصل مع وجود إفراز بالمهبل، ونلف الموصل السلبى حول البطن كالمعتاد ، ثم نمرر التيار بمعدل (١ أمبير أو ½ ١) على الأكثر، ويستمر التيار مدة (٢٠ دقيقة أو ٢٥)، وتكرر العملية مرة كل يومين أو مرتين فى الأسبوع ، ويكتفى بعشر جلسات أو خمس عشرة جلسة .

والعلاج بالدياترمى يفيد كثيرا فى تخفيف الألم فى إصابة البوق أو المبيض، كما يساعد على امتصاص المواد الالتهابية ، وهو شائع الاستعمال فى المستشفيات العامة والخاصة .

الدياترمى فى البنات العذارى — عند العذارى يلتهب المهبل، ويمكننا إن كانت فتحة غشاء البكارى متسعة أن نستعمل الموصل (حـ) المرسوم فى الشكل صفحة (٤٥٠) بحيث ندخله فى المهبل بكل احتراس ، ونمرر التيار بعد لف الحزام حول أسفل البطن، ونبدأ (بنصف أمبير) ويستمر التيار نحو (١٠ دقائق)، وتكرر

العملية مرتين فى الأسبوع، ويكتفى بعشر جلسات . ومما لاشك فيه أن الدياترمى فى العـذارى تساعد كثيرا على زوال الإفرازات القيحيـة واختفاء الجونوكوك . ويجب أن يسبق الدياترمى عمل غسيل للمهبل ، حتى لا يدخل الموصل وفى المهبل إفراز قيحى .

الدياترمى فى التهاب الشرج السيلانى — يستعمل لذلك الموصـل (هـ فى الشكل صفحة ٤٥٠) حيث ندخله فى الشرج بعد غليه ودهنه بالفازلين، ونلف الحزام الرصاصى حول البطن كالمعتاد، ثم نمرّر التيار لمدّة عشر دقائق أو ربع ساعة، وتكرر العملية مرتين فى الأسبوع . وهذه الطريقة تفيد فى حالات السيلان تحت الحـادة والمزمنـة فى الشرج ، حيث تساعد على امتصاص البقع الملتهبة، كما يختفى الجونوكوك أثر استعمالها .

القســــــم الثـالث

القــرحة الرخــوة

القرحة الرخوة إصابة موضعية تظهر فى أعضاء التناسل، وتتسبب عن باشلس دكرى (Ducry's Bacillus) . وهى تختلف عن القرحة الزهرية فى أن الإصـابة بالقرحة الزهرية تنتقل إلى الدم . أما الاصـابة بالقرحة الرخـوة فأثرها موضعى لا يتعدّى مكان الإصابة، ويصحبها التهاب أو تقيح فى الغدد الأوربية .

والإصابة بالقرحة الرخوة تنتقل بطريق المباشرة، والعـدوى بها سريعة، وقد تنتقل بطريق أصابع ملوثة بإفراز القرحة الرخوة؛ ووجود قرحة واحدة على أعضاء التناسل قد يسبب عدوى جديدة، لذلك نرى فى العادة ظهور أكثر من قرحة رخوة واحدة فى موضع الاصابة .

والقرح الرخوة منتشرة فى بعض بلاد القطر أكثر من غيرها . وقد لاحظت فى إحدى عيادات الأمراض الزهرية بالوجه البحرى أن القـرحة الرخوة إصـابة نادرة جدا . وقد بلغ عدد الحـالات التى وردت على تلك العيادة فى سـنة ١٩٣٢ خمس عشرة حالة ، بينما يرد علىّ فى إحدى عيادات القـاهرة نحو عشرين إصـابة شهريا . وقد لاحظت أيضا أن درجة انتشار القرح الرخوة تختلف حسب أشهر السنة، فهى أكثر انتشارا صيفا منها شتاء .

الفحص البكتريولوجى لباشلس دكرى — يمكننا أن نعثر على باشلس دكرى فى مصـل القرحة الرخوة ، بحيث نجده إما منفردا أو فى شـكل سبح بين الخلايا القيحية .

والصبغات الممكن استعمالها للفحص هى إما زرقة الميثلين أو كربول فكسين أو صبغة جرام . ونتيجة الفحص سلبية لصـبغة جرام . ومن الصعب العثور على الباشلس إذا وجدت عدوى ثانوية تقيحية شديدة فى القرحة .

وصف الباشلس — يظهر باشلس دكرى قصيرا وسميكا ويتلون طرفاه بالصبغة بينما يبقى الوسط خاليا منها. وإذا أخذنا قطاعا باثولوجيا من القرحة وأجرينا



باشلس دكرى كما يرى تحت الميكرسكوب

فحصه ميكروسكوبيا فإننا نرى الباشلس فى شكل سبح ظاهرة متعددة بين الياف النسيج الخلالى (Connective Tissue) . ويمكن زرع الباشلس على آجار دموى (Serum Agar) ، ومدة زرعه (٤٨ ساعة)، وتظهر المزرعة فى شكل نقط صفراء فى حجم رأس الدبوس . وإذا لقحنا سليما بالقيح المحتوى على الباشلس فإن القرحة تظهر بعد مدة حضانة لا تزيد عن بضعة أيام (من ثلاثة أيام إلى أربعة) .

وصف القرحة الرخوة — نرى فى العادة أكثر من قرحة واحدة بسبب العدوى من القرحة الأولى . وتظهر القرحة مستديرة أو مستطيلة أو متعرجة، ومحفور تحت حافتها . والحافة عادة مشرذمة . أما القاعدة فتظهر حمراء ضاربة للصفرة وغير منتظمة، بمعنى أننا نرى غورا فى جزء وارتفاعا فى الجزء الآخر . والقرحة تأخذ

فى الاتساع ، وإذا التحمت فإنها تلتحم من جهة وتمتد فى الجزء السليم من جهة أخرى ، وبعض القرح تغور قاعدته متعمقة فى الأغشية ، والبعض يظهر متسعا وسطحيا . ويحوط بالقرحة دائرة التهابية حمراء . وتفرز القرحة مادة قيحية تغطى سطحها . والقرحة مؤلمة للمريض عند الضغط عليها ، وذلك بعكس القرحة الزهرية .

مكان القرح الرخوة

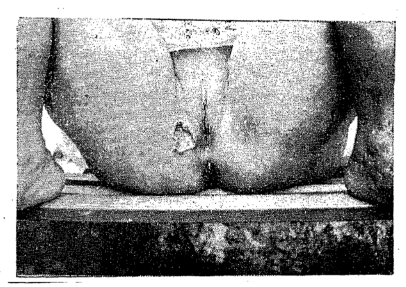
(١) فى الذكور — القرح الرخوة أكثر ظهورا فى الذكور منها فى الإناث.
والمواضع المعتاد ظهور القرح فيها هى : (١) عند تلاقى الحشفة بجسم القضيب . (٢) الثنيـة تحت الحشـفة (Fraenum) . (٣) عنـد فتحة القلفة (Prepuce) . (٤) جسم القضيب . (٥) الصفن . (٦) العانة .

أما القرحة التى تظهر عند تلاقى الحشفة بجسم القضيب فبالنسبة لاختفاء مكان الإصابة فان القرحة تغور إلى الداخل دون أن يشعر المريض بذلك ، بسبب الألم الذى يمنعه من شد الحشفة ورؤية القرحة على حقيقتها . وقد صادفت إحدى هذه الحالات فتبين لى من فحصها أنها متصلة بمجرى البول وسببت ناسورا بوليا . وكان ذلك يرجع لإهمال المريض ووضعه مراهم سطحية بناء على مشورة صـديق له . أما القرحة التى تظهر بالثنية تحت الحشفة (Fraenum) فعادة مستطيلة تشمل معظم الثنيـة وهى مؤلمة للغـاية للمريض ، وقد تؤثر على الشريان الحشفى فتتآكل جدرانه ويسبب ذلك نزيفا شديدا للمريض .

أما القرحة التى تظهر عند فتحة القلفة فتسبب ورما واختناقا للقلفة (Phimosis) ويتألم المريض عند التبوّل ، ويصعب شدّ القلفة إذا أريد فحصها ، وذلك من شدّة الألم . وتمتد القرحة الى داخل القلفة ، كما تصيب الحشفة . ويجب عنـد فحصها عمل شق فى القلفـة بعد إعطاء قليل من البنج العام للمريض . والقرحة عند فتحة القلفة قد تشبه الإصابة بالسيلان بسبب كثرة التقيح وألم المريض عنـد التبوّل . ويجب التأكد من الحالة قبل العلاج ، وذلك بفحص الإفراز بطريقة جرام ، حيث نعثر على الجونوكوك فى الإصابة بالسيلان ، وعلى باشلس دكرى فى القرحة الرخوة .

أما القرح التى تظهر فى الصفن وعلى جسم القضيب وفوق العانة فهى عادة سطحية كبيرة الاتساع ، وهى سريعة الشفاء بالعلاج أكثر من القرح الغائرة السابق شرحها .

(ب) فى الإناث — القرح الرخوة فى الإناث إصابة نادرة . والأمكنة التى تظهر فيها القرح هى: (١) الشفرين. (٢) الشوكة. (٣) البظر. (٤) الفخذين. (٥) قرب فتحة الشرج .



قرحة رخوة قرب فتحة المهبل
مهداة من حضرة الدكتور محمد أمين صبرى

وقد عالجت حالة واحدة أصيبت فيها سيدة بقرحة رخوة فى الجدار الخلفى للمهبل واتصلت بعنق الرحم . وهى إصابة نادرة .

أنواع القرح الرخوة — لما كانت القرح الرخوة متعددة المظاهر لذلك يتعين وصف الحالات التى تحتاج لشرح خاص وذلك إتماما للفائدة :

(١) القرح الرخوة المرتفعة — تختلف هذه القرح عن بقية القرح الرخوة فى أنها تظهر مرتفعة عن السطح ، وحافة هذه القرحة غير محفور تحتها . وهذه القرحة لا تكون متعددة بل تظهر فى شكل قرحة واحدة ، والالتهاب الذى حولها قليل

بنسبة القرح الرخوة المعتادة، وتأخذ وقتا طويلا فى العلاج . ومن الجائز أن يصحبها تحجر خفيف، ومن هذه الوجهة يجب ألا تلتبس بالقرحة الزهرية الواضحة التحجر .

(٢) القرحة الرخوة الثعبانية (Serpiginous soft - sore) ــ تظهر هذه القرحة عادة فى الأشخاص الذين عاشوا فى المناطق الحارة، ويمكن أن تبدأ فى شكل قرحة أو أنها تظهر مكان غدّة أوربية بعد فتحها . والمكان المختار لهذه القرحة عادة الأوربية (Groin) . وفى الابتداء تظهر القرحة فى شكل بثرة تأخذ حافتها لونا مائلا للزرقة . وبعد أن تنبثق البثرة تترك مكانها قرحة ذات قعر أحمر غير منتظم وتفرز مادة صفراء . أما حافة القرحة المتكوّنة فغير منتظمة لدرجة كبيرة وهى محفور تحتها ويتكوّن بها أوزيما (œdema)، وتظهر مائلة للزرقة . وتظهر خارج هذه الحافة دائرة ذات لون أرجوانى يحوطها من الخارج دائرة التهابية حمراء . وهذه الأوصاف تنطبق على طرف القرحة الآخذ فى الامتداد ، لأن من خصائص هذه القرحة أنها تلتئم من طرف ويأخذ طرفها الآخر فى الاتساع . وهذه القرحة مزمنة حيث قد تمكث أشهرا عديدة قبل التئامها ، وقد تمتد من الأوربية الى العجان حتى تصل فى أسوأ الإصابات الى فتحة الشرج . وعند البحث عن باشلس دكرى نعثر عليه داخل الخلايا ، بينما فى القرح الرخوة العادية نعثر عليه خارج الخلايا .

مضاعفات القرح الرخوة ــ المضاعفات الممكن حصولها فى القرح الرخوة هى : (١) نزيف دموى اذا كانت القرحة واقعة فى الثنية تحت الحشفة وتؤثر على جدران الشريان . (٢) التهاب فى القنوات الليمفاوية من مكان القرحة الى الغدد الليمفاوية . (٣) تقيح الغدد الليمفاوية . (٤) ظهور القرحة الأكالة (phagedena) فوق القرحة الرخوة ، وسأشرح القرحة الأكالة بعد قليل .

التشخيص النوعى

(١) القرحة الزهرية ــ سبق أن شرحت فى باب تشخيص القرحة الزهرية الفرق بينها وبين القرحة الرخوة، وكما ذكرت نعثر فى القرحة الزهرية على

الأسبيروكيتا باالليدا ، بينما نعثر فى القرحة الرخوة على باشلس دكرى ، ويمكن مراجعة باب القرحة الزهرية لمعرفة الفرق بين القرحتين ، على أننا قد نصادف حالات تجمع فى قرحة واحدة إصابتى القرحة الرخوة والزهرية ، وفى هـذه الحالة تتغلب أوصاف القرحة الزهرية على أوصاف القرحة الرخوة بعد مضى نحو أسبوعين أو ثلاثة ، حيث تتحوّل الحافة المحفورة فى القرحة الرخوة الى حافة غير محفورة ، ويظهر فيها التصلب المميز للقرحة الزهرية ، كما أننا نعثر على الأسبيروكيتا باالليدا فى مصل تلك القرحة .

(٢) القرحة الهربيزية — تبـدأ الهربيز فى الظهور فى شـكل بثور يلتحم بعضها بالبعض الآخر ، غير أنها تختلف عن القرح الرخوة فى أن التآكل الذى يظهر سطحى ، وهى مؤلمة جدا للمريض . ويمكننا التأكد من أنهـا ليست قرحة رخوة بعدم العثور على باشلس دكرى فى مصل القرحة .

(٣) بثور الجرب — تمتاز بثور الجرب بعد تقرّحها بأنها سطحية وتسبب حكة للمريض . وبفحص المريض نعثر على بقع أخرى مصابة مثـل السرة وتحت الإبطين وبين أصابع اليدين .

العـــلاج — ينقسم العلاج الذى نتبعه بنجاح فى عيادات الأمراض الزهرية وفى عيادتنا الخصوصية الى نوعين : (أ) العلاج الموضعى . (ب) العلاج العام .

(أ) العلاج الموضعى — المهم فى العلاج الموضعى أن نمنع تجمع القيح ، وخاصـة فى القرحة الموجودة بفتحة القلفة ، والمصحوبة بتورّم وتجمع القيح داخل القلفة . ففى هذه الحالة يجب عمل فتحة فى القافة وتعريض سطحها الداخلى للغيارات المطهرة . ويهمنا أيضا فى علاج القرح الرخوة حفظها جافة بقـدر المستطاع ، لأن جفافها يساعد كثيرا على التحامها . فاذا كانت القرحة مصحوبة بتورّم وتقيح وجب عمـل مكمدات ساخنة بمحلول مطهر خفيف ، مثل محلول حمض البوريك أو محلول الميركيوركروم (١/٤ ٪) . وبعد عمـل المكمدات تمس القـرحة مرة يوميا بمحلول نترات الفضة (١٠ ٪) ، أو بحجر نترات الفضة المعروف بحجر جهنم . والمس الأخير

مفيد جدا ويساعد على سرعة التحام القرحة . ومن الجائز أن نستعمل للقرحة مسا من محلول زرنيخات الصودا فى الكئول بنسبة (٢٪) (Sod. Arsenate in alcohol 2%) . وقد جربت فى بعض الحالات المس بمحلول الفنيك النقى فنجح ، كما أننى استعملت قطعة من السابرى معقمة ومشبعة بمحلول اليود الغروى ، ووضعتها كغيار على القرحة واستبدلتها مرتين فى اليوم فوجدت لها فائدة عظيمة ، خصوصا فى الحالات المصحوبة بتقيح ، حيث تحفظ القرحة نظيفة وجافة . ولقد لجأت فى بعض حالات الى استعمال الكى بالدياترمى للقرحة ، ونتائج استعمالها مشجعة . على أنه يستحسن بعد عمل المس للقرحة الاكتفاء بوضع مسحوق مكوّن من مسحوق الكبريت واليودوفورم والدرماتول بكميات متساوية :

مسحوق الكبريت ... ... ٢٠ جــراما
« يودوفورم ... ... ٢٠ »
« درماتول ... ... ٢٠ »

وليس من الضرورى فى القرح البسيطة تغطيتها بغيار، بل يكتفى بهذا المسحوق ليساعد على جفافها والتئامها .

(ب) العلاج العــام ــ من المهم جدًا العناية بصحة المريض العامة وتقويته بإعطائه إحدى المركبات الحديدية إن كان فى حالة ضعف . والحقن الآتية استعملت بنجاح وساعدت على التئام القرحة وهى :

(١) حقن الأولان (١٠ سم^3) فى العضل ، حقنة كل رابع يوم . وهــذه الحقنة ترفع درجة حرارة المريض، إلا أنها تساعد على التحام القرحة . ويكتفى بست حقن على الأكثر .

(٢) حقن الكازين ياترين (٥ سم^3) فى العضل، حقنة كل رابع يوم . وهى تشبه حقنة الأولان فى التأثير . ويكتفى بست حقن على الأكثر .

(٣) حقن الأنترامين ــ استعملت من زمن قــديم ويعطى المريض (٣ سم^3) فى عضل الأليــة (٢ سم^3 محلول نمرة ١ و ١ سم^3 محلول نمرة ٢) حقنة كل

ثالث يوم . وبسبب ما تحدثه للمريض من الألم استبدلت بحقن الكنترامين (Contramine) (٢ سم^{3}) تعطى فى العضل حقنة كل ثالث يوم . ويكتفى بست حقن .

(٤) وقد استعملت حديثا بنجاح فى القرح الرخوة حقن دميلكوس (Dmelcos "Specia") وهى عبارة عن فاكسين من باشلس دكرى والحقنة (١ سم^{3}) وتتدرّج فى الزيادة . والأولى تحتوى على (٢٢٥ مليون) من الباشلس المذكور . وتعطى فى العضل حقنة كل ثالث يوم . ويكتفى بست حقن لعلاج القرحة . وهذه الحقن تحدث ارتفاعا فى درجة حرارة المريض وهبوطا عاما مؤقتا . وهذه الحقن تعدّ أقوى الحقن المجرّبة فى سرعة التحام القرحة .

بقى علينا أن نشير الى أنه استعمل فى القرحة الثعبانية (Serpiginous soft-sore) حقن الطرطير المقيئ فى الوريد . ونبدأ بمقدار ($\frac{1}{2}$ قمحة) تزداد تدريجيا الى قمحتين كالمتبع فى علاج البلهارسيا .

علاج الغدد الملتهبة — اذا تضخمت الغدد وسببت ألما للمريض يمكننا أن نعمل مكمدات من الماء الساخن ، أو نستعمل لبخة الانتفلوجستين مدّة ثلاثة أيام أو أربعة ، وننصح المريض بملازمة الفراش . فاذا ظهرت علامات التقيح فإنى أفضل دائما عمل فتحة جراحية بعد إعطاء المريض كلورور الأثير عن طريق التنفس مدّة ثلاث دقائق على الأكثر . واستعمال كلورور الأثير بهذه الطريقة خير من استعماله موضعيا ، ولا ضرر مطلقا من استعماله كمنوّم عمومى لمدّة دقائق معدودة . وبعد (٢٤ ساعة) من فتح الغدّة نعمل لها غيارا من اليوسول كالمعتاد فى الجروح العادية مرة أو مرتين يوميا .

القرحة الأكالة (Phagedena)

يمكن تعريف القرحة الأكالة بأنها نوع من التقرّح المتلف باستمرار ، والذى لا يرضخ بسهولة للعلاج ، ويختلف من حيث الإزمان ، فقد يستمرّ العلاج بضعة أشهر حتى يتم الشفاء .

(لوحة رقم ١٥)



قرحة أكالة بعضو التناسل

والقرحة الأكالة تظهر على القرح الزهرية ابتدائيــة أو ثلاثية ، أو على القرح الرخوة أو البسيطة ، وقد تظهر فى حالات نادرة فى القرح الخبيثة .

أسباب الاصابة — اختلف الأطباء فى تعيين الميكروبات المسببة للقرحة الأكالة ، وقــد انفرد ماكدونا بأن سبب القرحة الأكالة هو باشلس مغزلى ونوع من الأسبيروكيتا ســلبية لصبغة جرام يعيشان متحدين (Symbiosis) . واتفق كثير من الأطباء على أن الميكروب المسبب لهــا هو الميكروب السبحى (Streptococci) والميكروب العنقودى (Staphylococci) ، كما أن الإصابة تحصل فى بعض مرضى دون آخرين ، و إذا أصيب مريض بقرحة زهرية وقرحة رخــوة أو قرحة أخرى بسيطة ، ثم أصيبت إحداها بالقرحة الأكالة فإن القرح الأخرى تصــاب بنفس الاصابة ، مما يدل على أن بعض المرضى له استعداد للإصابة بالقرحة المذكورة . ومما يساعد على الاصابة بالقرحة الأكالة وجود قرحة فى مكان مختنق مثــل فتحة القلفة فى حالة التهابها وضيقها (وذلك فى المرضى الذين لم تعمل لهم عملية الختان) . والقرحة الأكالة تصيب القرحة الزهرية أكثر ممــا تصيب القرحة الرخوة . وقــد يشفى المريض من القرحة الأكالة فى بضــعة أسابيع ، كما أنهــا قد تزمن وتمكث أشهرا أو سنوات ، وقد تؤثر فى صحة المريض العامة بسبب الامتصاص التسممى ، كما أنها قــد تسبب نزيفا اذا أصابت إحدى الشرايين . والقرحة الأكالة تحدث تهتكا فى الأغشية . و بهذه المناســبة أذكر حالة طفــل كان مصابا بالزهرى الوراثى و به قرحة أكالة فى العجز ، وهذه القرحة نخرت الأغشية والعظام وما حولها ، وأمكن رؤية الأمعاء من مكان القرحة من الخارج .

والقرحة الأكالة نوعان : أحدهما لا يحدث قيحا كثيرا و إنمــا يسبب نخرا فى الأغشية الغائرة . والنوع الثانى يحدث إتلافا للأنسجة السطحية و يصحبه قيح كثير ، وتأكل فى أعضاء التناسل وما حولها .

وقد ذكر ماكدونا أن القرحة الزهرية إذا أصيبت بقرحة أكالة فإن ذلك يسبب موتا للاسبيروكيتا باليدا وتأخرا فى ظهور الطفح الثانوى ، و يعزز رأيه هــذا

بأنه فى حالة القرحة الأكالة لا تتضخم أقرب غدد ليمفاوية الى القرحة ، كما أنه لا تلتهب الأوعية الليمفاوية . وقد لاحظ حضرة الدكتور حسين عزت أن البلهارسيا تساعد على الإصابة بالقرحة الاكالة .

قرحة أكالة بعضو التناسل (للمؤلف)



قرحة أكالة قرب فتحة الشرج

العـــلاج — ينقسم العلاج الى نوعين : موضعى ، وعام .

العلاج الموضعى — يجب إظهار الجزء المصاب جيدا ، فإن كانت القرحة فى القلفة وجب عمل فتحات ليتيسر إظهار القرحة الأكالة والمساعدة على علاجها . وفى هــذه الحالة تعمل مكمدات ساخنة وغيارات من محلول برمنجنات البوتاسيوم ($\frac{١}{٤٠٠٠}$) كل أربع ساعات . بعد ذلك يمكننا أن نمس القرحة بحمض النتريك المدخن أو المـاء الملكى . وقد لاحظت أن هذا المس يساعد كثيرا على التحام القرحة ، كما أننى لجأت فى بعض حالات إلى استعمال الكى بالدياترمى وكانت نتائج استعماله ناجحة . ولقــد جربت مس القرحة بمحلول نترات الفضة (١٥٪) وبحجر جهنم وكبريتات النحاس ، غير أن نتائج استعمالها لم تكن مشجعة تشجيعا كافيا .

العلاج العام ـــ يجب فى الحالات التى يظهر فيها الضعف العام على المريض إعطاؤه أدوية مقوية مثل فوق كلورور الحديد . وقد جربت إعطاء المريض حقنا من الأولان (١٠ سم^{٣}) مرتين فى الأسبوع ، ويكتفى بأربع حقـن ، فشاهدت تحسينا فى حالة القـرحة ، كما جربت المصل ضـدّ الميكروب السبحى وفاكسين الميكروب العنقودى فكانت نتائجهما تشجع على استعمالها .

أمراض سرية أخرى

يدخل ضمن هـذا الباب بعض إصابات معـدية معظمها إصابات جلدية ، إلا أنه بسبب انتقالها بطريق المباشرة الجنسية وإصابتها لأعضاء التناسل ، فإنهـا تعتبر من اختصاص طبيب الأمراض التناسـلية . لذلك سأشرح تلك الإصابات شرحا موجزا مع ذكر طرق علاجها . وهذه الإصابات هى :

(١) جرب التناسل . (٢) التهاب القلفة والحشـفة (Balanitis Erosiva) (٣) هربيز التناسل . (٤) سنط التناســل . (٥) الورم الجلدى الرخو المعدى (Molluscum Contagiosum) . (٦) قمل العانة (Pediculosis Pubis) .

(١) جرب التناسل ـــ يعتبر عضو التناسل أحد الأماكن السريعة للتعرض للاصابة بالجرب ، ويصاب فى ذلك الجسم والحشفة ، حيث تظهر الاصابة فى شكل حبيبات من الجائز أن تلتبس بالطفح الزهرى اذا لم يدقق الطبيب فى فحص المريض . وكثيرا ما يحضر الينا فى العيادات مرضى بهذه الإصابة ، وهم يعتقدون أنها إصابة زهرية ، بينما هى فى الواقع عدوى الجرب ، واذا دققنا فى فحص الحبيبات يتبين لنا أنها سطحية ويمكننا أن نرى الالتهاب الخاص بالجرب ، واذا فحصنا محتوياته ميكروسكوبيا ففى الأكثر نعثر على قرادة الجرب (Acarus) ، على أنه بالرغم من سهولة التشخيص فى الابتداء فقد تبين لنـا من فحص دم مرضى عديدين أصيبوا بجرب الحشفة أنهـم مصابون بالزهرى ، لأن التقرحات الناشـئة عن الجرب من السهل أن تصل اليها العدوى بالزهرى . لذلك أنصح فى جميع حالات جرب الحشفة

بضرورة فحص دم المريض بعد مضى شهر من الاصابة للتأكد من سلامة المريض من الزهرى .

العـــلاج — تغسل أعضاء التناسل جيدا بالفرجون (الفرشة) والصابون الزئبقى المســمى أفريدول (Afridol) ، ثم يدهن الجـزء المصاب بمرهم الكبريت أوزيت الميتجال (Mitigal)، ويكرر ذلك مرتين فى اليـوم . ويجب غلى ملابس المريض وإزالة الشعر من أعضاء التناسل ليسهل علاجها، كما يجب علاج الإصابة بالجرب إذا وجدت فى أجزاء الجسم الأخرى، وإلا انتقلت العدوى من جديد الى أعضاء التناسل ، وفى الأكثر يشفى المريض إذا اتبع العلاج جيدا فى بحر أســبوع أو عشرة أيام .

(٢) التهاب القلفة والحشفة (Balanitis Erosiva) — كثيرا ما تلتهب القلفة والحشفة دون أن يصحب ذلك أمراض سرية ، والسبب فى ذلك ضــيق القلفة كما يحدث فى كثير فى الأطفال، حيث تتجمع مواد فى داخلها تسبب التهابا لها وللحشفة، وتظهر الحشفة محمرة وكذلك داخل القلفة، وتصحبهما نقط بيضاء صغيرة، كما يصحب ذلك إفراز ذو رائحة كريهة ، والتهاب الحشفة ينشأ عن نوع من الأسبيروكيتا ذات لفات غير منتظمة وقليلة .

العـــلاج — تعمل مكمدات ساخنة من اليوسول كل أربع ساعات ، كما ينظف داخل القلفــة بمـاء الأكسجين أو محلول الميركيو روكروم ($\frac{1}{2}$ ٪) . وبعد زوال عوارض الالتهاب يستحسن عمل عملية الختان منعا لتكرار ظهور الحالة الالتهابيـــة .

(٣) هربيز التناسل — كثيرا مايصاب المريض بالزهرى بطفح الهربيز ، وأهم عوارض الإصابة حكة شــديدة فى عضو التناســل ، وبالفحص يتبين لنــا وجود حويصلات صغيرة فوق مســطح ملتهب ، وهــذه الحويصلات قد تزول ويحل محلها غيرها بعــد وقت قصير، وبسبب الحكة الشديدة تتقيح الحويصلات وتكون بثرات ، وهذه تترك تقرحات سطحية قد ينفصل بعضها فيكون قرحة

سطحية كبيرة تشبه القرحة الرخوة ، ويسهل معرفة حقيقتها بسبب كونها سطحية غير غائرة كالقرحة الرخوة، وبكونها بدأت فى الظهور فى شكل حبيبات ثم حويصلات ، وبعدها بثرات تصحبها حكة شديدة . وأكثر المواضع إصابة بالهربيز فى الرجال السطح الأسفل لغامة القضيب والحشفة وجسم القضيب، وأكثر المواضع إصابة به فى النساء السطح الداخلى والخارجى للشفرين الأكبر والأصغر . ومن الجائز أن تصبح تقرحات الهربيز موضعا للاصابة بالقرحة الزهرية ، لذلك يجب فحص دم المريض المصاب بالهربيز بعد شهر من علاجه للتأكد من عدم تعرّضه لاصابة زهرية .



هربيز عضو التناسل (للمؤلف)

العلاج — فى حالات الالتهاب الشديد تعمل (مكمدات) باردة من محلول تحت خلات الرصاص مرة كل أربع ساعات . أما البثرات أو الحويصلات فيمكن شفاؤها بمسها بمحلول نترات الفضة (١٠ ٪) أو بحجر جهنم .

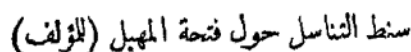
(٤) سنط التناسل — يصحب سنط التناسل عادة الاصابة بالزهرى أو السيلان ، وأكثر المواضع إصابة فى الرجال فتحة القلفة وفتحة مجرى البول وأسفل القضيب، ويظهر فى النساء حول فتحة مجرى البول وحول فتحة المهبل؛ وقد يتجمع السنط فيكوّن ورما محببا ذا سيقان ، وهو يختلف عن الزوائد الزهرية " الكنديلوما لاتا " فى أن الأخيرة مسطحة وذات قاعدة عريضة ولا يوجد بها سيقان. وقد تشبه أورام السنط التى تظهر أسفل القضيب الأورام الخبيثة وبالطبع يمكن التفرقة بين الحالتين بفحص قطاع من الورم .

العلاج — خير علاج يمكن اتباعه هو كى السنط بالدياترمى حيث يمكن عمل كى بالجزء السنط الى ما تحت الجلد ، وهذا يمنع ظهوره من جديد كما يحصل



سنط التناسل فى القضيب (للمؤلف)





سنط التناسل حول فتحة المهبل (للمؤلف)

مع طرق العلاج القديمة، مثل إزالتها جراحيا ومسها بحمض الخليك أو غيره . وقد نحتاج عقب الكى الى مس أثر الجروح بحمض اللبنيك النقى أو بمحلول نترات الفضة

(١٠ ٪) ، ولا داعى لاعطاء المريض بنجا موضعيا أو عاما إلا فى الحالات ذات السنط الكبير الحجم ، فيمكن معها عمل بنج موضعى بمثل محلول نوفوكاين (٢ ٪) .

(٥) الورم الجلدى الرخو المعدى (Mollscum Contagiosum) — المقصود بهذا الورم هو ظهور حبيبات متقرحة يختلف حجمها من حجم رأس الدبوس الى حجم الحمصة ، وهـــذه الحبيبات لا تلتهب عادة ما لم يطرأ عليها عدوى ثانوية ، وتعطى لونا أبيض يشبه الشمع ، وتكون كل حبيبة منخفضة من الوسط ، وفى هذا الانخفاض نجد مادة يمكن إخراجها بعد الضغط على الورم ، وإذا فحصنا هذه المـادة تحت (الميكروسكوب) بعد صبغها نعثر على خلايا بشرية مستديرة ومتساوية فى الحجم ، (Epithelial Cells) ، وهى التى تعين نوع الاصابة .

وهـــذه الأورام تظهر فى الرجال على جلد عضو التناســل وفى جلد الخصية ، وفى النساء تظهر على الشفرين ، وفى الأطفال تظهر فى الوجه . وأحيانا تتجمع عدّة أورام بعضها مع بعض وتغطى سطحا جلديا كبيرا ، ويكون الورم شبيها بقطعة من الشمع مرتفعة عن سطح الجلد ولا يصحبها التهاب ما ، وقد نعثر على هـــذا الورم فى الظهر أو الصدر .

العـــلاج — خير طريقة لعلاجها هو عمل كى لها بالدياترمى ، وبعـــد كيها نمس السطح الرخو بمحلول نترات الفضة (٥ ٪) .

(٦) قمل العانة (Pediculosis Pubis) — اذا فحصنا قمل العانة فانه يظهر لنا أكبر فى عرضه من أنواع القمل التى تصيب الرأس أو الجسم ، ويظهر جسمه كأنه مربع ، ويكون طول ذكر القمل من (½ الى ١ ملليمتر) والأنثى من (١ الى ١½ ملليمتر) ، ويكون القسم الأخير من البطن فى الذكور مستديرا ، بينما هو فى الإناث ذو فجوة ، وبويضات الأنثى يختلف عددها بين عشر بيضات وخمس عشرة بيضة . وهذه البويضات تلتصق بالشعر بوساطة مادة تسمى القشرة (Chitinous substance) وتفرخ البويضات بعد أسبوع ، وبعد أسبوعين تصبح قملا كامل النمو .

وأول مكان يظهر فيه القمل هو شعر العانة حيث ينتقل منه الى الجدران الوحشية من البطن والصدر ثم الى الإبطين ، وقد تنتقل العدوى الى الشارب والذقن أو الحاجبين أو رمش العينين ، كما يحصل فى الأطفال . ومن السهل علاج القمل ، أما البويضات فهى السبب فى إزمان العدوى .

وخير طريقة لعلاجها تشبيع الشعر بكئول نقى ، وبعد ذلك يدهن الجزء المصاب بمرهم الراسب الأبيض ، ويستحسن حلاقة شعر العانة وعمل الدهان مرة أخرى ، ويلاحظ عدم حلق الشعر فى حالة المصابة بل يدهن أولا بالكئول ومرهم الراسب ثم يحلق ، ويكرر الدهان على أن يغسل المكان قبل كل دهان بصابون أفريدول (Afridol soap) أو الصابون الزئبق .

القســـــم الرابــع

موضوع التناسل

يشكو كثير من المرضى من عوارض ترجع الى عدم انتظام فى وظيفة الجهاز التناسلى . ومن أهم تلك العوارض عدم القدرة على المباشرة الجنسية والعقم . ولما كان من المهم درس هذه العوارض وأسبابها وعلاجها من الوجهة العلمية رأيت أن أبدأ بشرح فسيولوجيا التناسل فى الرجل المعتاد ، ثم أنتقل الى شرح العوارض المذكورة .

فسيولوجيا المباشرة الجنسية (الجماع)

تقع المراكز العصبية المنظمة للانتصاب والمباشرة الجنسية واندفاع السائل المنوى فى الجزء القطنى من النخاع الشوكى ، حيث يوجد مركزان عصبيان مبتعدان بعضهما عن بعض قليلا ، أحدهما المركز العصبى للانتصاب ، والآخر المركز العصبى لاندفاع السائل المنوى .

ومن الرسم الكروكى الموجود يتبين أن التنبيهات العصبية التى تحرك مركز الانتصاب (ا) إما أن تصل الى المركز المذكور من المخ (م) أو من أعضاء التناسل ، وأهمها عضو التناسل والبروستاتا والحويصلات المنوية . وهذه التنبيهات تنتقل من مركز الانتصاب الى الأعصاب الممدده للأوعية (Vasodilator nerves) المسماة (nervi erigentes) ومنها الى عضو التناسل فيصبح صلبا محتقنا بالدم . وهذه التنبيهات المبدئية الكافية لبدء الانتصاب تزداد كثرة عند مباشرة الرجل للسيدة

م .. المخ
ا .. مركز الانتصابات
ب .. مركز خروج السائل المنوى
ج .. عضو التناسل « القضيب »
س .. البروستاتا والحويصلات المنوية

رسم يبين كيفية وصول التنبيهات العصبية لمركز الانتصاب

حيث يولد الاحتكاك تنبيهات جديدة تنتقل من عضو التناسل (ح) إلى مركز الانتصاب (١)، ومنها ثانية الى عضو التناسل فيزداد الانتصاب شدّة. وهذه التنبيهات المتعدّدة تجمع فى مركز الانتصاب (١) حتى تصل هذه التنبيهات إلى درجة من الشدّة لا يتحملها المركز (١)، فتنتقل الى مركز قذف المنى (ب) حيث يقذف المنى الى الخارج بانقباض عضلات عديدة. وتنتهى بذلك حركة الانتصاب. والمعتاد أن الميل للحركة التناسلية يبدأ فى المخ (م)، فالأفكار الخالية والمناظر المهيجة ترسل تنبيهات الى مركز الانتصاب (١) فيكبر عضو التناسل بسبب تجمع الدم فى الجسم الاسفنجى (Corpus Cavernosum)، وتجمع الدم فى الجسم الاسفنجى يعلله بعضهم بأنه نتيجة تمدّد الأوعية الدموية كما يعزوه بعضهم الى احتباس فى الأوردة الدموية. وربما كان كل من هذين الرأيين عاملا فى الظاهرة المذكورة. وهذا التنبيه المبدئى تقويه تنبيهات أعضاء التناسل، والأعصاب الحسية الجلدية، وكذا حاستى البصر والشم. وعندما تبدأ حركة الانتصاب فان استمرارها يتم بالحركات الانعكاسية (Reflex action). ومما يعزز النظرية الأخيرة، وهى أن المركزين العصبيين بالجزء القطنى من النخاع الشوكى قادران على إتمام المهمة دون مساعدة المراكز العليا بالمخ، ما ظهر بالتجارب على الحيوانات، فان الباحثين لاحظوا وجود حركات الانتصاب فى الكلب بعد أن قطع النخاع الشوكى من أعلى الجزء القطنى.

إن الدور الذى تلعبه كل من التنبيهات المختلفة فى تبين حركة الانتصاب يختلف حسب الأشخاص كما يختلف حسب الأوقات، وكل ما يمكننا ذكره هو أنه ليس من الضرورى لبدء الانتصاب تجمع هذه التنبيهات، بل يكفى وجود بعضها. وقد برهن الدكتور ستيناس أن البروستاتا والحويصلات المنوية لا تلعب دورا مهما فى حدوث الانتصاب، وبرهن على ذلك باستئصاله البروستاتا والحويصلات المنوية من فأر، فلما وضع الفأر فى قفص به عدد من إناث الفيران باشرها الذكر عدّة مرات فى ساعة من الزمن.

أما الدور الذى تلعبه الغدد المتنوعة فى حركة الانتصاب فأمر لم نستطع البت فيـه بصفة قاطعة حتى الآن . والمعلوم أنه أثناء المباشرة ترتفع الخصيتان الى أعلى نحو الأوربية بسبب انقباض العضلات المعلقة للخصية (Cremasteric muscles)، وفى الوقت نفسـه تمرّ موجات لولبيـة (Peristaltic waves) على القنـاة الناقلة للمـنى وتدفع بافرازات البربخ والقنـوات المنوية نحو مجرى البـول . ويضاف إلى إفراز الخصـيتين المذكور إفرازات البروسـتاتا والحويصـلات المنوية ، فتتجمع الافرازات كلهـا فى الجزء الخلفى لمجرى البول، وتكون تحت ضغط شـديد . أما إفرازات غدّتى كوبر فتمرّ مباشرة إلى مجرى البول الأمامى وتختلط مع إفرازات غدد ليتر لتمهد السـبيل لمرور الحيوانات المنوية . وهـذه الافرازات الأخيرة قلوية ، والمقصـود منها أن تتعادل و بقايا البول (وهو حمض) فى المجرى . لأنه لو مرت الحيوانات المنوية على وسط حمضى فان ذلك يسبب موتها .

أما العرف الجبـلى (Verumontanum) فله وظيفة مهمة ، ولا يصح اعتباره مجرّد بقايا خلقية من قنوات مولير (Mullerian remnant) .

وليست هناك أدلة قاطعة على كيفية أداء هذا العضو لوظيفته، لأننا لم نتمكن من دراسته أثناء المباشرة . وإنما هناك شواهد تدل على وظيفة هذا العضو، منها :

(١) أنه يؤدّى وظيفـة حاجز يمنع اندفاع الافرازات والسائل المنـوى الى المثـانة .

(٢) كونه يشبه زناد البندقية بحيث إذا وصل الضغط فى الجزء الخلفى لمجرى البول الى درجة معينة فانه يرسل تنبيهات إلى مركز قذف المنى لدفع السائل المنوى الى الخارج .

(٣) عند ما يشتدّ هـذا العضو وقت الانتصاب فانه يجعل فتحتى القناتين القاذفتـين للمنى فى خط مسـتقيم ، ويجعـل اتجاه السائل المنـوى المـار بالقناتين المذكورتين فى اتجاه محور مجرى البول .

وقد عرفنا مما ذكرنا آنفا أنه يوجد مركز لقذف المنى فى النخاع الشوكى، ومكان هذا المركز يقابل الفقرة الرابعة القطنية، وربما بدأت التقلصات العضلية المصاحبة لحركة قذف المنى فى البروستاتا، ثم تمر على مجرى البول الغشائى (Membranous urethra) وتنتهى بحركة تقلصية عضلية شديدة فى العضلات البصلية الكهفية (Bulbocavernosa) والوركية الكهفية (Ischiocavernosa) . ولما كان الطريق الى المثانة تعوقه البروستاتا المحتقنة بالدم وكذا العرف الجبلى (Verumontanum) يندفع المنى إلى الخارج بشدة، ويصحب هذا الاندفاع شعور بلذة بسبب تنبيه بصيلات عصب التناسل (Genital nerve bulbs) التى ينتهى فيها العصب الحيائى (Pudendal nerve) . وعند الانتهاء من قذف المنى ينتهى الانتصاب . ومن هنا يمكننا أن نستنتج أن الجماع حركة انعكاسية (Reflex action) تبدؤها تنبيهات من المراكز العصبية المخية، وتنظمها مراكزها الخاصة بالنخاع الشوكى . والمعتاد أن المراكز العصبية العليا لها تأثير ضعيف فى قوة الانتصاب بعد بدئه . وفى الوقت نفسه يجب علينا أن نتذكر أن للمراكز العليا المخية تأثيرا منبسطا (Inhibiiory) يمكن أن يؤثر على المراكز القطنية بالنخاع الشوكى . ولهذا تأثير فى عدم الانتصاب فى بعض الحالات كما سنذكر ذلك فيما بعد .

بقى علينا أن نشير الى الغريزة الجنسية فى الأشخاص العاديين . ومكان هذه الغريزة فى المخ فى جهة غير معينة بالدقة فى الجزء المؤخرى الصدغى (Occipito-temporal convolution). أما درجة تنبيه هذا المركز فتختلف حسب الأشخاص، ويمكننا أن نستنتج أن هذا المركز يمكن تنبيهه بسهولة فى الرجال الذين يتأثرون بسرعة ويكثرون من الأفكار الخيالية . ويجب أن نفرق بين الرجال الذين لهم ميل واشتياق للجنس الآخر وبين الذين لهم القدرة على القيام بمهمة المباشرة الجنسية، لأن القدرة على القيام لا تتأثر فقط بالمخ والخيال ولكنها تتأثر أيضا بالغدد الصماء بالجسم، وليس لهذه القوة دخل فى الصحة البدنية للرجل . وربما كان عامل أو كاتب غير ذى بال ضعيف القوة له قدرة كافية على المباشرة الجنسية أكثر

من يظل فى حمل الأثقال أو مصارع مشهور . والسبب فى ذلك أنه توجد عوامل عدّة فى الإنسان تسيطر على قدرته على المباشرة الجنسية ، فبعضها له علاقة بتوازن وظائف الغدد الصماء ، والبعض الآخر يتوقف على حالته النفسية وعلى طريقة معيشته فى الحياة . ونحن نرى رجالا لا همّ لهم إلا المباشرة الجنسية كما نرى آخرين يعلقون على هـذا الموضوع أهميـة كبرى . كذلك يوجد رجال فى سنّ الخمسين أوشكت حياتهـم التناسلية على الانتهـاء . كما نرى رجالا فى سنّ السبعين لهم شغف شـديد بالنساء . وعلى العموم يمكننا أن نقول إن الميل للجنس الآخر يبدأ فى سنّ المراهقة ويزداد فى سنّ العشرين ويأخذ فى الزيادة ، وحوالى الأربعين يبـدأ فى الهبوط . وقد يفقد بعضهم ميله للنساء فى سنّ الخمسين والبعض فى سنّ الستين وقليل فى سنّ السبعين . وتختلف حياة الرجل التناسلية عن حياة المرأة فى أنها لاتنتهى دفعة واحدة كما هى فى النساء . ويحصل للرجل تغييرات فى حياته حول سنّ الستين ، ويظهر هذا فى جسمه حيث تتضخم البروستاتا وإما أن يزيد أو ينقص فى الوزن ، وكذلك تظهر عليه عوارض تشير الى اضطراب توازن وظائف الغدد الصماء ، وكذلك يصبح عصبيا كما يحصل فى السيدة فى سنّ اليأس ، ويطرأ عليه تغيير فى وظيفته فى الحياة ، حيث لا يميل الى دقة عمله اليومى العادى كما كان يعتاده أيام صباه .

العنة أو ضعف التناسل

يقصد بالعنة عدم القدرة على المباشرة الجنسية ويجب التفريق بينها وبين العقم ، وهو عدم القدرة على الانتاج أو إيجـاد النسل . وهذان الموضوعان مختلفان عن بعضهما تمـام الاختلاف ويجب التمييز بينهما . فعـدم القدرة على الانتاج تتوفـر فى رجال قادرين على المباشرة الجنسية ، كما أن الرجل الذى لا يقوى على أداء مهمة المباشرة الجنسية قد يكون أبا له أطفال ، لأن الحمل قد يحصل اذا انسكب السائل المنوى على أعضاء التناسل الخارجية للمرأة ، وهذا ما يحصل فى الرجل المصاب بالعنة حيث يخرج السائل المنوى بسرعة وينسكب على فتحة المهبل . والعنـة إما كاملة

أو جزئيــة ، وقد تكون نتيجة حالة مرضية فى أعضاء التناسل أو فى جزء آخر من الجسم مثل الجهاز العصبي . وفى هذه الحالة تسمى عنة ثانوية . وفى حالات كثيرة قــد يصعب على الطبيب رغم فحص الجسم فحصا دقيقا أن يعرف سبب العنــة . وفى هذه الحالة نطلق عليها عنة ابتدائية . والمعتاد هو أن حالات العنة الابتدائية أكثر من الثانوية . وسأتكلم عن العنة الثانوية ثم الابتدائية وطرق العلاج المناسبة فى تلك الحالات .

العنـــة الثـــانوية

(ا) تظهر العنة الثانوية جليا فى الحالات التى تظهر فيها على أعضاء تناسل المريض عاهات واضحة مثل صغر حجم عضو التناسل الى درجة لايمكن معها انتصابه ، وفى بعض حالات يظهر العضو كأنه بقايا خلقيـــة لا تؤدّى وظيفته ، وكذا حالات افتتاح مجرى البول تحت القضيب (Hypospadius) .

وهــذه حالات نادرة ، وأكثر منها شيوعا عضو التناسل الذى تأكل منه جزء كبير بسبب قرحة أكالة ، أو أزيل منه جزء كبير فى عملية جراحيـــة ، فى مثل أورام أو سرطان . وهذه الحالات كلها تُكَوّن عنة ثانوية جزئية ، لأن الجزء الباقى يمكنه أن يؤدى الوظيفة الى درجة ما . وفى حالات مرض الفيل فى الخصية والقضيب كما فى حالات القيــلة المـائية الكبيرة الحجم يصعب على المريض القيـام بالمباشرة الجنسـية ، وكذا فى حالات التهـاب البروستاتا والحويصــلات المنوية يسبب الانتصاب ألمـا للمريض لا تتيسر له معه المباشرة .

(ب) وفى قسم آخر من الحـالات تكون العنة نتيجة عدم وجود الخصيتين ، وهذه الحالة إما وراثية أو مكتسبة ، ففى الحالات الوراثية ، التى لا يوجد بها إفراز الخصيتين ، تظهر على الجسم تغييرات مهمة ظاهرة ، كالتى تطرأ على الشبان الذين استئصلت منهـم الخصيتان فى الصغر ، فيحافظ عضو التناســل والبروستاتا والحويصلات المنوية على حالة الطفولة من حيث الحجم ، ويظهر الوجه والصــدر ناعمين خاليين من الشــعر ، واذا ظهر شعر العانة فانه يظهر مستعرضا كما فى النساء

و يتجه نحو السرة ، كما فى الشبان البالغين ، و يظهر المريض ممتلئ الجسم و يبرز ثدياه ، وتغطى الأليتان بطبقة دهنيـــة سميكة كما فى النســاء ، ويبقى الحوض محافظا لجحمه الطفيلى ، وتطول ساقاه ، وتظهر أصابع يديه طويلة مدببة كالمغزل ، وتظهر أنيابه صغيرة غير كاملة النمو ، وعلى العموم يظهر الرجل من حيث البنية والأخلاق كأنه أنثى و يكون شديد الحساسية ولا يميل الى النساء ، و يتغير صوته فيشبه صوت المرأة .

وهذه الحالات غير متيسر حتى الآن عمل علاج ناجح لها ، وقد جرب الأطباء خلاصة الخصـــية عن طريق الفم وكذا عن طريق الحقن فلم تجــد نفعا ، والسبب فى ذلك فى الأكثر هو أن الإصابة تسببت عن اضـــطراب فى وظائف عدّة غدد صماء ، وليست فقط نتيجة عدم كفاية فى الخصيتيـــن . و ربمـــا استفادت هذه الحالات بحقن خلاصة الخصيتين ، باعطاء المريض عن طريق الفم خلاصة الغــدّة الدرقية والغدّة النخامية ، و بالاستمرار على العلاج بهـــا مدّة لا تقل عن ستة شهور ، وقــد تظهر نتيجة ضعيفة فى بعض الأحوال . واذا قبلت ســيدة الزواج من أحد هؤلاء المصابين بعد العلاج فيجب أن تفهم ظروفه على حقيقتها .

وتتوقف نتيجة استئصال الخصيتين على السن التى تجرى فيها هــذه العملية ، فاذا استئصلت الخصيتان قبل البلوغ فان حالة المريض تشبه حالة الطواشى أو الأغا المولود على هــذه الصورة ، وسينمو المصاب و يصبح أغا ولا ميل له الى النساء . أما اذا أجريت له عملية استئصال الخصيتين بعد البلوغ و بعد أن كملت فيه صفات الرجولة فالتأثير الناشئ عن الاستئصال يكون ضعيفا ، وهذا يحصـــل فى بعض العمليات الجراحيـــة وخصوصا فى إصابة البربخ بالدرن ، وحتى فى هــذه الاصابة يفضـــل الجرّاحون بقاء إحدى الخصيتين مع كونها مصابة بالدرن . وفى الظروف القهرية يجتهد الجرّاحون فى بقاء جزء ولو صغير فى الخصية .

وأنا أعتقد أن استئصال الخصيتين فى الأورام الخبيثة مثل سرطان القضيب أصبح شيئا لا داعى له فى هذه السنوات الأخيرة ، حيث يمكن استعمال إبر الراديوم

بدلا من استئصال أى جزء من أعضاء التناسل، وعليه فلا خوف فى هذه الحالات من استئصال الخصيتين .

وقد أجريت من الوجهة العلاجية عملية تطعيم المرضى، الذين استؤصلت منهم الخصيتان، بجزء من خصية رجل سليم، وحصل التطعيم تحت الجلد وفى عضل البطن وتحت البريتون، وقد لوحظ من نتائج هذه التجارب ما يأتى :

(١) شكا المريض بعد أسبوع من التطعيم بصداع شديد فى مقدم الرأس استمر مدّة أسبوع ثم تلاشى تدريجيا، وصحب الصداع كثرة فى البول (Polyuria) ، وتبين من فحص المريض أن هذه العوارض نتيجة زيادة تنبيه الغدّة النخامية بسبب تأثير طعم الخصية فيها .

(٢) لم يطرأ تغيير ما على المريض من حيث التأثير على القوة التناسلية .

(٣) تغيرت الحالة النفسية للمريض وأصبح ميالا للمرح والسرور بعد أن انقاد للأحزان واليأس من الحياة مدّة طويلة .

من ذلك يمكننا أن نستنتج أن فائدة طعم الخصيتين هى توازن وقتى لافرازات الغدد الصماء، ويمكن أن يستفيد المريض من هذه العملية من حيث التغييرات النفسية التى تطرأ عادة على الرجل المحروم من الخصيتين . أما من حيث النشاط التناسلى فهذه العملية لا تجدى .

(حـ) العنة الثانوية نتيجة إصابة عصبية — تنتج العنة فى بعض حالات عن إصابة فى المخ أو فى المراكز العصبية القطنية أو فى الأعصاب، فبينما نرى أن الضعف التناسلى المصحوب بالملانخوليا أو بالشلل العام للجانين من أمثلة العنة، ونتيجة إصابة فى المراكز العصبية العليا بالمخ، نرى أن مرض اختلاج الحركة والتهاب النخاع الشوكى، من أمثلة إصابات المراكز العصبية القطنية، وكذلك العنة التى تصحب أحيانا التهاب الأطراف الدائرى (Peripheral neuritis) أو الشلل عقب الإصابة بالدفتريا هى من أمثلة الضعف التناسلى بسبب التهاب الأعصاب الدائرية .

على أنه يجب أن نعلم أنه فى إصابات الجهاز العصبى تمرّ على المريض فترة قصيرة من التهيج الجنسى يعقبها الضعف المستديم ، فالرجل المصاب بمرض اختلاج الحركة (Tabes) يمرّ عليه دور قصير يشـتد فيه ميله الى النساء بسبب التنبيه الأولى للمراكز العصبية القطنية ، إلا أن هذا يعقبه ضعف مستمر من هذه الوجهة ، وكذا فى حالات الصرع والشلل العـام للمجانين تنتاب المصاب نوبات معدودة يشـتد فيها ميله الى النساء ، ثم لا يلبث أن تلازمه العنة باستمرار .

(ى) العنة الثانوية نتيجة مؤثرات عامة — من الإصابات التى يصـبح المريض معها عرضة للعنة هى البول السكرى ، وقد يكون الضعف التناسلى إحدى علامات ابتداء الإصابة بمرض البول السكرى ، وهو عارض يطرأ على الرجال المتقدّمين فى السن الذين استنفدوا قوتهم التناسلية فى شبابهم ، والعلاج التناسلى فى هذه الحالات قلما يجدى نفعا حتى ولو شفى المريض من البول السكرى بحقن الأنسيولين والعلاج الغـــذائى .

وفى الإصابة بالحميات تتأثر قوّة المريض التناسلية فتضعف ولو الى حيـــن ، خصوصا فى الأدوار المزمنـــة من الإصابات . وقد لوحظ أنه فى حالات الســل الرئوى يزداد الميل فى القوّة التناسلية . ومن الأسباب العامة المضعفة للقوّة التناسلية كما ذكرنا عدم التوازن بين إفراز غدد الخصيتين والغدة الدرقيــة والغدة النخاميــة ، وفى بعض الحالات تكون البـدانة سببا فى ضعف القوّة التناسلية . هذا إذا لم تكن مصحوبة بإصابة فى الغدة النخامية ، وإلا فانها تكون عادة سببا فى زيادة قوّة التناسل .

وإن تعاطى كميات صـغيرة من المشروبات الروحيـة ينبه القوّة التناسلية بينما يضعف الادمان عليها هـذه القوّة على الأيام . وأما مدمنـو المواد المخـدّرة مثل الكوكايين والهروين والأفيون والمورفين فهم فى العادة مصابون بالعنة ، مثلهم فى ذلك الذين يداومون على تعـاطى الحشيش مدّة طويلة ؛ وقد يكون الافراط فى شرب الدخان أحيانا سببا فى العنة .

العنـــة الابتدائية (Primary Impotence)

تسمى العنة ابتدائية إذا لم نعثر على إصابة مرضية بجسم المريض نعلل بها عدم القدرة على المباشرة الجنسية ، وهذا الموضوع يشغل فكر كثير من الباحثين ، لا من ناحية علاجه فحسب ، بل من الناحية الباثولوجية أو الحالة المرضـية المسببة لهذا العارض ، وقـد لوحظ فى معظم المرضى بهـذا النوع من المرض أنهـم اذا فحصوا بالمنظار الخلفى لمجرى البول فإننا نعثر فيهم على زيادة فى الحساسية مع التهاب فى الغشاء المخاطى لمجرى البول الخلفى وكبر فى حجم العرف الجبلى (Verumontanum) ، وهذه الحالة شبيهة بحالة من يكثرون إجهاد أعضاء التناسل ، ويعلل بعض الأطباء هذه الحالة بأنها السبب فى العنة الابتدائيـــة ، بينما يذهب البعض الآخر الى أنها مظهر أوجدته العنة . ويتوقف العلاج على ضرورة الأخذ بأى هذين الاعتبارين . وقبل البحث فى هـذا الموضوع يجب علينا أن نتذكر أن اختلال وظيفة أعضاء التناسل لا نعدم معه علة نعزوه اليها فوجود كميات زائدة من الأوكســيلات مثلا فى البول قد تسبب زيادة حساسية فى الجزء الخلفى لمجرى البول ، وتولد عند الرجل العصبى المزاج عنـة وظيفية ، أى بدون مرض . وممـا يزيد موضوع العنـة الابتدائية تعقيدا أن استمرار العنة الوظيفية ينشأ عنه على مر الأيام تغييرات عضوية ، على أن أهم أســباب العنة الابتدائيـــة وجود تنبيهات مثبطة من مراكز المخ العليا تؤثر فى المراكز العصبية فى النخاع الشوكى ، وليس من الميسور لنا تقسيم تلك التنبيهات حسب أنواعها ، وكل ما يمكننا عمله هو ذكر بعض الأمثلة للحالات التى تقع عادة بين أيدى الأطباء ، فنرى مثلا فى كثير من حالات العنة الابتدائية أن الخوف هو السبب فى إيجاد هـذه الظاهرة ، ويظهر ذلك جليا فى الشــبان الذين اتبعوا عادة استعمال اليد (Masturbation) ، فإنهم يخشون إن هم قاربوا النساء أن يظهر ضعفهم وعدم قدرتهم على المباشرة . فهذا الخوف الذى يسيطر على مشاعرهم وكثرة التفكير التى تخالجهم فى ذلك يسبب عادة عنـــة ابتدائية . ومن أمثلة الخوف ما يطرأ على رجل عادى من الاهتمام وكثرة التفكير فى تقـدير قوته التناسلية ، وخصوصا عقب

قراءته كتابا يبحث فى حالات ضعف التناسل، فكلما مر بحالة مرضية حاول تطبيقها على نفسه وتسرب اليه الوهم والوجل، وهذا النوع من الخوف كثير الحصول وشائع بين طبقات الشـبان الذين يتطلعون كثيرا الى قراءة هـذه الأبواب . ومن أمثلة الخوف الشائعة كثيرا والمسـببة للعنة الابتدائية ما يطـرأ على العريس ليـلة زفافه لعروسه، حيث يكون العريس منهـوك القوى بسبب المقابلات، وتكون العروس فى تعب شديد بسبب اجتماع النساء حولها طول ليلها ، ثم إن العريس مع ما يشعر به من تعب شديد يرى أن واجب الرجولة يقضى عليه بأن يبنى على عروسه فى نفس الليـلة وكلاهما فى حاجة الى الراحة ليلتهما هـذه، وكثيرا ما يستشعر الخوف والتعب وقد يجد غشاء البكارة غير لين، وعندها يرى صعوبة فى القيام بما يريد وقد يحاول المرة بعد المرة فى غير جدوى فيملأ اليأس نفسه. مثل هذا الشاب يولد الخوف فيه عدم الثقة بنفسه، وقد تكون هذه الحادثة سببا فى عنة ابتدائية مستديمة . وأمثال هذا الشاب كثيرون، وما كان أغناه عن هذا لو أنه أعطى لنفسه راحة ليلة واحدة، ألا وهى ليلة الزفاف ليستجمع فى الليلة المقبلة قواه . ومن أمثلة الخوف التى تتسلط على عقل الشاب ما نراه فى بعض الحالات التى يربى فيها الشاب من صغره فى منزل شديد الرقابة عليه، ولا يفكر جميع من حوله فى الكلام فى موضوع التناسل، ويعتبرون ذلك عارا وبعدا من الحياء ، فيكبر الشاب ويترعرع وهو خالى الذهن عن هـذا حتى اذا ما أتى يوم زفافه وقابل عروسه أخذته الدهشة حين يرى نفسه غير قادر على القيام بمهمته، لأنه أمر غير عادى بالنسبة لما تعوّده فى منزل أبيه من الخوف والحياء . وهذا النوع من الخوف قليل فى هذا العصر لأن الشاب أصبح غير مقيد كما كان منذ ثلاثين سنة مضت، وكثرت حوله وسائل الإغراء ، وأصبحت المناظر فى الشوارع ودور الخيالة والتمثيل تجعله يفكر فى الحياة التناسلية ويتطلع اليها . ومن أمثلة الخوف أيضا بُعد الشاب عن النساء قبل زواجه حرصا على عدم إصابته بمرض من الأمراض السرية، فيتملكه الخوف، حتى إذا ما حان وقت زواجه يصبح من الصعب عليه تغلبه على هذه الفكرة التى قد تحوّل سعادته الزوجية الى شقاء مستديم،

كما يتصادف أن يكون الشاب ذا قوة تناسلية معتادة، ثم هو اذا قارب سيدة معينة ظهرت عليه عوارض الضعف غير المنتظرة، وإذا صادف وتزوج سيدة ينطبق عليها هذا الوصف فإن حياته الزوجية تنقلب تعاسة ويأسا .

بقى علينا أن نشير الى أن بعض الرجال المشتغلين بأداء أعمال تستلزم التفكير العميق المستديم ، أو الذين يمكثون طول يومهم وبعض ليلهم فى الانكباب على الأعمال، يجدون أنفسهم غير قادرين على أداء المهمة التناسلية بعد ذهابهم الى المنزل منهوكى القوى، ومن الرجال كثيرون من هذا الصنف ، وأغلبهم من ذوى الأعمال ومن المضاربين فى الأسواق التجارية كما أن منهم بعض العلماء والفنانين . وخير ما يقال لهؤلاء أن الرجل ما دام قد تزوج فعليه أن يعطى امرأته حقها، بمعنى أنه لا يدع نفسه وجميع وقته نهبا لعمله ، حتى اذا ما عاد الى البيت عاد اليه منهوك القوى متعبا، فلا يجد من نفسه قوة على أن يقوم بواجبه نحو زوجته . إن رجلا هذا شأنه خير له ألا يفكر فى الزواج وأن يعيش لعمله ما دام انكبابه عليه الى هذا الحد .

علاج العنة

سنعنى فى هذا الباب بعلاج حالات العنة الابتدائية لأنها الحالات الشائعة والمستعصية من الوجهة العلاجية، أما العنة الثانوية فمن الممكن علاجها بعلاج السبب، وهو يتطلب فى الأكثر علاجا جراحيا ، كما يتطلب البعض علاجا طبيا للحالة المرضية التى من مظهرها العنة .

وقبل البدء فى شرح علاج العنة الابتدائية علينا أن نفحص حالة كل مريض على حدة، لنعرف ما اذا كانت المراكز العصبية العليا فى حاجة الى علاج أو أن المراكز العصبية القطنية فى حالة إجهاد، أم أن هناك تغييرات فى البروستاتا أو مجرى البول الخلفى تحتاج الى علاج . وأول ما يجب الاهتمام به هو :

(١) الراحة — ومهما يكن السبب فى جميع حالات العنة الابتدائية فيجب علينا أن نأمر المريض بإراحة أعضائه التناسلية، بمعنى أننا نمنعه عن مباشرة النساء،

وليس المراد من هذا وقف مجهوداته المثبطة فقط، بل لإعطاء المراكز العصبية فرصة تسترجع فيها قوتها . وإن من الراحة أيضا أن يبتعد الشاب عن كل ما يهيج أعضاءه التناسلية ، بمعنى أنه يمتنع عن مصاحبة النساء والغزل والحب، وإن كان متزوجا فيجب أن ينام في حجرة منفصلة بعيدا عن زوجته . وإن كان عازبا فيجب عليه أن يتجنب قراءة الكتب المثيرة للعواطف أو الروايات الغرامية سواء أكانت تمثيلية أو سينمائية ، كما يجب عليه أن يبتعد مؤقتا عن الرقص مع النساء وعن الاكثار من مجالستهن ولو في جلسة بريئة .

وفي الوقت نفسه يجب أن يحضر الطبيب الزوجة ويفهمها ما يلزم عمله نحو زوجها، ويطلب منها المساعدة في عدم إقامة عراقيل في سبيله ، بل يجب أن تشجعه وتعمل له المساعدات الممكنة ، لأن الزوجة اذا أظهرت احتقارا أو امتعاضا من زوجها فإن ذلك لا يشجعه مطلقا ، حتى مع استعمال طرق العلاج المختلفة على بلوغ غرضه ، كما يجب أن تكتم أمر الزوج عن المعارف والأصدقاء وإلا أصبح مضغة في أفواههم، وفي هذا ما يساعد على تثبيط همته ولا يساعد الطبيب على القيام بمهمته العلاجية . لأن الوهم والخيال في هذا الموضوع له أهمية كبرى، إذ لو شعر الشاب أن الأهل أو الأصدقاء يتكلمون عن ضعفه تملكه الخجل، واعتقد أنه في غير مستوى بقية الرجال، وإذا أصبح أسير هذا الاعتقاد فلا فائدة مطلقا من العلاج الطبي .

وفي حالة إجهاد المراكز العصبية القطنية يجب زيادة على الراحة المطلوبة من المريض أن يأخذ مسكنات، مثل برومور البوتاسيوم (¼ جرام) ثلاث مرات في اليوم لمدة شهر أو شهرين .

(ب) العلاج بالأدوية :

(١) الفسفور — استعمل الفسفور من زمن بعيد في علاج حالات الضعف التناسلي، وهو يناسب حالات العنة الابتدائية خاصة في الأشخاص الميالين الى الاستسلام

للأحزان، ويصح أن يعطى فى شكل حبات من الفسفور ($\frac{1}{1000}$ جرام) بمعدّل ثلاث حبات فى اليوم، أو حبات الجليسروفسفات الثلاثى (Triple glycerophosphates)، أو إحدى أملاح الجليسروفسفات، مثل جليسروفسفات الصودا بمعدّل جرام واحد ثلاث مرات فى اليوم، إما فى شكل حبوب أو ضمن مزيج مقوّ، كما يصح استعمال شراب فيللوز (Fellows' syrup)، وهو يحتوى على أملاح الهيبوفسفيت (Hypophosphites) بمعدّل ملعقة صغيرة ثلاث مرات فى اليوم بعد الأكل مباشرة.

(٢) دميانا (Damiana) — يستعمل الدميانا أحيانا كمقوّ عصبى، وخصوصا للمراكز العصبية القطنية، ويستعمل فى ذلك الخلاصة السائلة للدميانا بمعدّل (٢٠ سنتيجرام) ثلاث مرات فى اليوم.

(٣) الزرنيخ — لاستعمال الزرنيخ فى العادة كمقوّ عام يمزج مع مركبات أخرى مثل زرنيخ الحديد، والزرنيخ يعطى فى حالات ضعف البنية التى تصحبها العنة، ولا دخل له فى علاج العنة بطريق مباشرة. ومن المزيج الآتى يصح أخذ فنجان بعد الأكل ٣ مرات فى اليوم:

	جرام	
صبغة الجوز المقيئ	٠,٤	(يعمل ٢٠ جرعة ويؤخذ فنجان بعد الأكل بربع ساعة ٣ مرات يوميا)
سترات الحديد النوشادرى ...	٠,٥	
سائل الزرنيخ...	٠,٢	
روح الكلوروفورم	٠,٥	
ماء الى قدر...	٣٠,٠	

ومن الجائز إعطاء حقن كاكوديلات الصودا المحتوية على كمية من الزرنيخ، حقنة يوما بعد يوم فى العضل، وكذا يجوز إعطاء حقن هيموسيتوسيرم (Haemocyto serum)، حقنة فى العضل كل ثلاثة أيام أو مصل فيروجينى أو مصل سالفافيدا (Salva Vida Serum) بمعدّل حقنة فى العضل كل ثلاثة أيام. ويلاحظ أن الحقن الأخيرة تحتوى أيضا على الجليسروفسفات، فهى لذلك تفيد العنة فى الوقت نفسه.

(٤) الارجوت (Ergot) — يوصف الأرجوت بسبب تأثيره على تقلص العضلات الناعمة فى حالات العنة المصحوبة بسيلان منوى مع حرقه قبل البول، ويمكن أن يستعمل مع اليوهمبين أو الاستركنين .

(٥) الكولا والكوكا — تستعمل الكاولا والكوكا بمقادير صغيرة فى بعض حالات العنة، والمستعمل هو الخلاصة السائلة لكل منها بمقدار جرام من كل ثلاث مرات فى اليوم .

(٦) اليوهمبين — جرب هذا الدواء على الحيوانات منذ بضع سنين مضت فوجد أنه يسبب تمددا فى الأوعية الدموية المنوية لأعضاء التناسل، وقد جربت هذا الدواء فى شكل حقن عضلية سعة كل منها (١ سم^{٣})، وتحتوى على (١./٠) من محلول اليوهمبين وتعطى الحقن يوما بعد يوم، فوجدت نتائج مشجعة فى بعض الحالات وغير مرضية فى البعض الآخر، وإذا كانت العنة متوقفة على مجرد احتقان أعضاء التناسل بالدم لكان اليوهمبين أقوى دواء لعلاج العنة، وحقن جوفنين تحتوى على اليوهمبين والاستركنين وتعطى تحت الجلد يوما بعد يوم .

(٧) الزرارح أو الذباب الهندى (Cantharidis) — وهذا يشابه اليوهمبين فى فعله إلا أن له تأثيرا سيئا على الكلية، حيث تسبب كثرة استعماله التهابا كلويا، لذلك لا يعول الأطباء على استعماله كثيرا، ويمكن أن تستعمل صبغة الزرارح بمقدار يتراوح بين (½ و ٥ نقط) ثلاث مرات فى اليوم .

(٨) الاستركنين والجوز المقيء — يعتبر الجوز المقيء (والاستركنين أحد عناصره) من أقوى الأدوية التى نُعوِّل عليها فى علاج بعض حالات العنة، وهى التى تفقد فيها الرغبة للجنس الآخر مع انتصاب ضعيف، ونستعمله عادة كمتمم لعمل الأدوية فى المحاولات الأخرى للشفاء من العنة، ونصف عادة صبغة الجوز المقيء من (٥ — ٢٠ نقطة) ثلاث مرات فى اليوم، أو خلاصة الجوز المقيء فى شكل حبات تحتوى على (١ ستيجرام) . أما الأستركنين فيوصف فى شكل حقن تحت

الجلد ، أو حبات صغيرة يحتوى كل منها على (٣ مليجرام) . وتعطى منها واحدة كل ساعتين فى الليلة التى ينوى فيها على المباشرة الجنسية ، على ألا يزيد ما يأخذه عن (٤ حبات) ، ويجب أن ننذر المريض بعوارض تسممية إذا هو استعمل أكثر من المقدار الذى يوصف له .

(٩) المواد الكحولية — سبق أن ذكرنا أن استعمال المشروبات الكحولية بمقادير مصغرة ينبه القوة التناسلية ، وأنه يفيد عادة الأشخاص العصبيين الذين يتسلط عليهم الوهم فى عدم القدرة على المباشرة ، فقليل من الوسكى والصودا لا يدع لهم مجالا الى الوهم الذى قد تكون نتيجته سيئة ، ويصف البعض البيرة فى الحالات التى ينسكب فيها السائل المنوى بسرعة ، وأنا شخصيا أصف فى مركباتى قليلا من نبيذ الملجا بمقدار ملعقة صغيرة فى كل جرعة ، وأعتقد أن الإسراف فى المشروبات الروحية يضر القوة التناسلية على ممر الأيام .

وصفة من الوصفات الدوائية التى تجمع بين بعض العناصر السابق وصفها — الوصفة الآتية إحدى الوصفات التى استعملها وتجمع بين بعض العناصر السابق ذكرها وهى :

	جرام
صبغة الجوز المقيئ	٠,٤
« الزرارح	٠,٢٠
« الكينا المركبة	٢,٠
الخلاصة السائلة للكوكا	١,٠
« « للكولا	١,٠
جلسروفوسفات الصودا	١,٠
الخلاصة السائلة للدميانا	٠,٢٠
نبيذ الملجا...	٥,٠
ماء لغاية	٣٠,٠

تعمل خمس عشرة جرعة وتعطى جرعة منها بعد الأكل بربع ساعة ٣ مرات يوميا .

(ج) العلاج بالغدد الصماء — تفيد خلاصة الخصية فى بعض حالات تظهر عليها عوارض تشير الى نقص فى فعل الغدد المذكورة، وقد ظهر حديثا أن استعمال خلاصة الغدد مجتمعة أكثر فائدة من استعمال نوع واحد منها، وتكون جميعها أقوى فائدة اذا استعملت فى شكل حقن، ماعدا خلاصة الغدد الدرقية فانها بسبب عدم تأثير إفرازات المعدة عليها يمكن أن تعطى عن طريق الفم ، والأخيرة تستعمل خاصة فى الشبان عند الزواج اذا وجدوا ضعفا فى قوتهم التناسلية .

وقد ظهرت فى الأسواق حقن متعدّدة لخلاصة الغدد ، منها حقن تستوجان أوخلاصة الخصية (Testogan)، وتعطى فى العضل كل ثانى يوم، وحقن سپرمين (پوهل) (Spermin) ونيوسپرمين (Neo-spermin) ، وتستعمل بنفس الطريقة التى تستعمل بها حقن تستوجان ، كما تستعمل حقن إيروجون (Erugone)، وهى خلاصة خصية الديك تعطى فى العضل حقنا يوما بعد يوم أو يوما بعد يومين ، وتستعمل أيضا حقن من خلاصة الفص الأمامى للغدّة النخامية، وتسمى (Prolan) وتعطى فى العضل حقنة كل ثالث يوم لتساعد على وظيفة الغدّة الجنسية ، وهى الخصية فى الرجال والمبيض فى النساء ، كما تستعمل محافظ محتوية على خلاصة الغدد الصماء مجتمعة وتسمى لؤلؤ تيتس (Titus pearls) وتعطى اثنتان منها بعد كل طعام ولا يقل مايعطى منها عن المائة . كما توجد فى الأسواق حقن تجمع بين خلاصة الغدد و بعض الأدوية السابق ذكرها مثل الجليسروفوسفات والزرنيخ ، ومنها حقن بازوما (Pasuma) ، وبها حقنتان تضافان بعضهما الى بعض وقت الاستعمال، إحداهما بها خلاصة الخصية و بالأخرى مركب زرنيخى وآخر من الجليسروفسفات، وتستعمل حقنتان كل ثالث يوم فى العضل .

(د) الغـذاء — لا شك أن ضعف البنية العام الناشئ عن سوء التغذية سبب فى العنة ، ففى مثل هذه الحالات يفيد الغذاء فى إرجاع النشاط التناسلى الى حالته الطبيعية ، و يظهر ذلك جليا فى بعض حالات فقر الدم والبول السكرى ، التى يفيد فيها تنظيم الغذاء والأدوية اللازمة المتفقة مع المرض .

(هـ) الحمامات — استعملت أنواع الحمامات المختلفة في علاج العنة إلا أن فائدتها مؤقتة ، وتفيد الحمامات الساخنة في العنة المصحوبة بالتهاب في البروستاتا أو الحويصلات المنوية ، والدوشات الباردة تفيد في بعض الأشخاص حيث تحدث تنبيها وانتصابا — ويصح استعمال حمامات باردة وساخنة على التعاقب على العجز مع استعمال طرق العلاج السابقة .

(و) الكهرباء — لما كانت معظم حالات العنة الابتدائية نتيجة وهم أو خوف ، واعتقاد المرضى كبير في كل ما يتعلق بالكهرباء من حيث العلاج ، لذلك يلجأ كثير من الأطباء الى استعمال طرق متعددة من الكهرباء في علاج العنة ، وهم لذلك يصادفون نجاحا لا بأس به في كثير من الحالات ، وقد جرب التيار الجلفاني والفارادي ، وذلك بأن يصل القطب الايجابي بالجزء المستعمل للبروستاتا في الدياترمي بينما يوضع القطب السلبي على البطن ، وكذلك جرب وضع قطب سلبي على السلسلة الفقرية في الجزء الرقبي ، ووضع القطب الايجابي على الجزء العجزي مع استعمال نفس التيار ، وأنا شخصيا أعوّل على الدياترمي في علاج كثير من حالات العنة ، وأنا مرتاح لبعض نتائجها ، وقد استعملت عدّة طرق وسأشرحها بأكملها :

(١) الدياترمي للبروستاتا — تضع في الشرج موصل البروستاتا الشرجي وتصله بالقطب الإيجابي ، ثم تلف حول أسفل البطن لفافة من الرصاص ، بحيث توضع على الجلد مباشرة وتكون ملتصقة به تماما ، وتصل بها القطب السلبي للدياترمي ، ثم تمرر التيار الضعيف للدياترمي (بالدياترمي عادة تياران أحدهما ضعيف والآخر قوى) ونتدرج من (١ الى $\frac{١}{٢}$ ١ أمبير) لمدة لا تقل عن (٢٠ دقيقة) ولا تزيد عن (٣٠ دقيقة) ، وتكرر العملية لمدة أسبوعين مرة كل يوم ، وقد وجدت نتائج حسنة في استعمالها خصوصا في الحالات المصحوبة بالتهاب في البروستاتا أو الحويصلات المنوية كما ذكرت .

(٢) الدياترمي للجزء القطني العجزي من السلسلة الفقرية — ينام المريض على بطنه وتضع لوحا من الرصاص متناسبا مع مساحة الجزء الأسفل من

البطن على منضدة الكشف (الخشبية السيقان)، بحيث تكون البطن ملاصقة للوح الرصاص، وتضع قطعة من الرصاص فى نصف حجم القطعة الملاصقة للبطن على الظهر فى الجزء القطنى العجزى من السلسلة الفقرية، ثم تصل القطب السلبي باللوحة الملاصقة للبطن، والقطب الايجابى باللوح الملاصق للظهر، ثم تمرر تيار الدياترمى الضعيف فيشعر المريض بحرارة فى الجزء القطنى العجزى، ويحصل انتصاب بسبب انتعاش الدورة الدموية وما تحدثه من الفائدة فى المراكز العصبية القطنية. وتكون مدّة الجلسة ثلث ساعة وتكرر ١٥ مرة، كما هى الحال فى البروستاتا.

(٣) الكى بالدياترمى للجزء القطنى العجزى من السلسلة الفقرية — ينام المريض بنفس الطريقة السابقة ويستعمل نفس القطب السلبي، أما القطب الإيجابى فيكون نفس الموصل المعدنى المستعمل لكى عنق الرحم بالدياترمى. وعند مرور التيار الضعيف نمس الجزء القطنى العجزى عدة مرات متقطعة بنهاية القطب المذكور فيشعر المريض بلسع ضعيف لا يسبب ألما يذكر، وتحمر البقع الملموسة بسبب الكى الخفيف. فإذا استمرت هذه العملية مدّة عشر دقائق وكررت مرتين فى الأسبوع مدّة ستة أسابيع شعر المريض بارتياح من حيث قوة الانتصاب بسبب انتعاش الدورة الدموية فى المركز العصبى القطنى.

(٤) علاج مجرى البول الخلفى — ثبت كما ذكرنا من فحص مجرى البول الخلفى للمرضى المصابين بالعنة أن الجزء المذكور زائد الحساسية وبه التهاب فى شكل احتقان. لذلك عوّل الأطباء على مس الجزء المذكور من خلال منظار مجرى البول الخلفى بمحلول نترات الفضة ($\frac{1}{100}$) مرتين فى الأسبوع، أو تقطير بمحلول نترات الفضة بمقدار (١ سم^{3}) بنسبة ($\frac{1}{2000}$) فى هذا المجرى (بقسطرة) التزمان، وبعد التقطير نعمل تدليكا للعجان من الخارج ليتسرب المحلول الى المجرى الخلفى بأكمله. وهذه الطريقة العلاجية تفيد بلا شك فى الحالات المصحوبة بالتهاب مجرى البول الخلفى، وإنما تظهر فائدتها متأخرة بمعنى أنه يجب على المريض أن يتابع هذا النوع

من العلاج مدّة لا تقل عن ستة أسابيع . ولا داعى لاستعمال بنج موضعى، وإنما إذا صادفنا مريضا شديد الحساسية ويتألم من إدخال (قسطرة) التزمان، فعلينا أن نحقن مجرى البول بمحلول النوفوكايين قبل إدخال (القسطرة) المذكورة .

(ح) العلاج النفسانى — يعتبر العلاج النفسى فى موضوع العنة من أهم ما يعوّل عليه الطبيب الماهر فى علاج معظم المرضى الذين لا يمكننا العثور على سبب مرضهم . ويجب على الطبيب ألا يظهر الاستهزاء بأى ملاحظة يبديها المريض فقد تكون فى اعتقاده من الأهمية بمكان كما يجب تفهيمه بأن موضوعه قابل للشفاء باحدى طرق العلاج المتعدّدة المظاهر . ولما كان الخوف كما ذكرت أكبر مثبط يتداخل بين المراكز العصبية بالمخ وبين الإشارات المرسلة الى المركز العصبى القطنى بالنخاع الشوكى، لذلك يجب الاهتمام بادئ بدء بهذه النقطة الحيوية، فيشجع الطبيب المريض على إظهار شكواه بكل صراحة، ويصغى اليه جيدا حتى يتبين له موضع الضعف الذى جعل للوهم سلطانا على قوّته التناسلية ، ولما كانت معظم أسباب الخوف غير صحيحة لذلك يجب على الطبيب إيجاد التعليل القوى الذى يقنع المريض بسبب انقياده لهذا التأثير الخيالى وأن يبرهن للمريض بوجود سبب قوى أوجد حالة العنة التى هو فيها أما أنه يذكر للمريض أنه غير مصاب بمرض. وأن مسألة علاجه بسيطة فذلك يضيع ثقة أمثال هؤلاء المرضى فى الطبيب. وهذا هو السر فى تنقلهم من طبيب الى آخر وعدم وصولهم لعلاج معين .

وأول ما يجب توجيه عناية الطبيب إليه من حيث العلاج إبعاد المريض عن التفكير فى حالته، وذلك بتخصص وقت للألعاب الرياضية، وقراءة كتب منتقاة فى الأدب وما الى ذلك ، مما يتفق مع كل مريض حسب بيئته وميله . وبهذه الطريقة يشعر المريض أنه بدأ ينسى التفكير فى المسائل التناسلية شيئا فشيئا .

الأمر الثانى — أن الطبيب يؤكد له بعد ذلك أنه رجل كبقية الرجال العاديين ، وينتابه أحيانا ضعف يزول ، وأنه سيصبح رجلا قادرا على الوظيفة

التناسلية . فاذا باشر النساء بعــد ذلك وشــعر بضعف وحضر ثانيا للطبيب ، فعلى الطبيب أن يظهر كثيرا من الصــبر والحنكة ، وأن يجتهد فى أن يعرف أسرار حياته الشخصية ، و ينصح له بتغيير ما يصح تغيــيره من أفكار خيالية ، فينصح له مثلا بعدم التفكير فى محبوبة خيالية ، إما هجرته أو توفيت أو هى فى غير متناول يده . فان نجــح الطبيب فى إبعاده عن مثل هــذه الأفكار ، ففى الغالب يصبح المريض رجلا معتادا من حيث حياته التناسلية .

و إن كان المريض متزوّجا وظهر ضعفه التناسلى مدّة أمام الزوجة الحاضرة فخير للاثنين أن يفترقا ، لأن المريض يشــعر بالانهزام أمام مثل هــذه الزوجة . وهذا الشعور يكفى لأن يقاوم جميع أسباب العلاج ، على أن أحد أسبابه البحث عن قرينة أخرى .

العقـــم فى الرجال

يجب فى جميع حالات العقــم فحص الزوجة والزوج للتأكد من أيهما السبب فى العقم . وسأقتصر فى بحثى هذا على العقم وأسبابه وعلاجه فى الرجال ، تاركا موضوع العقم فى النساء لأطباء الولادة والنساء .

ولكى يفهم موضوع العقم والأسباب التى توجده فى الرجال يجب علينا أن نتبع الحيوان المنوى من مكان تكوينه فى القنوات المنوية (Seminiferous Tubules) إلى مكان وصوله الى عنق الرحم . ونترك ما يتعلق بموضوع رحلة الحيوان المنوى بعد ذلك إلى طبيب الولادة والنساء .

تتكوّن الحيوانات المنــوية بكثرة وافرة ، و يموت جميعها ما عدا الحيــوان الذى يتحــد مع البو يضــة . وتمر الحيوانات المنــوية من القنوات المنــوية (Seminiferous Tubules) الى القنوات الدقيقة المستقيمة (Tubuli Recti) ومنها الى شبكة القنوات المنوية المستقيمة (Rete Testis) ، ثم الى القنوات الطرفية لشبكة الخصية (Vasa Efferentia) ، ثم الى قناة البربخ الطو يلة المتعرّجة ، التى يبلغ طولها (٢٠ قدما) . وفى المباشرة الجنسية تمر حركات تقاصية على طبقات القنوات العضلية

من البربخ الى البروستاتا وتدفع بالإفرازات المنوية بشدّة الى مجرى البول الخلفى حيث يمتزج السائل المنوى بسائل الحويصلات المنوية والبروستاتا . وقد يظن البعض أن الحويصلات المنوية ما هى إلا مخزن للسائل المنوى ، كما يدل على ذلك اسمها ، وهذا غير صحيح . والواقع أن الحويصلات المنوية تعتبر قبل أى اعتبار آخر غدّة كبقية الغدد ، وأنها تؤدّى وظيفة إفراز سائل يمتزج بالسائل المنوى . وإذا تتبعنا تشريح أعضاء التناسل فى الحيوان يتبين لنا أنه عند ما تكون بروستاتا الحيوان كبيرة النمو فإن الحويصلات المنوية تكون صغيرة ، وبالعكس اذا كانت البروستاتا صغيرة الحجم تكون الحويصلات كبيرة . فمثلا فى الكلب لا توجد حويصلات منوية بل نرى البروستاتا أكبر حجما منها فى الإنسان .

وقد تبين من فحص فسيولوجيا غدد التناسل أن الحيوانات المنوية تحافظ على حركتها فترة طويلة إذا امتزجت بإفراز البروستاتا ، بعكس ما إذا كانت موضوعة فى محلول ملحى فسيولوجى بعد أخذها من الخصية مباشرة فإنها لا تعيش طويلا ؛ لذلك يعتبر إفراز البروستاتا مساعدا على حياة الحيوانات المنوية . وقد ذكر العلامة إيفانوف أنه لقح أنثى الفيران بالحيوانات المنوية المأخوذة مباشرة من خصية الفأر دون أن تمتزج بالإفرازات الثانوية الأخرى ، واستنتج من ذلك أن إفرازات الغدد الجنسية الأخرى ليست حيوية من حيث التلقيح وإنما تعتبر مساعدة لحياة الحيوانات المنوية . وقد ناقضه البحاثة الدكتور ووكر فى ذلك ، حيث ذكر أن استئصال البروستاتا وحدها أو الحويصلات المنوية وحدها لا يجعل الفأر عقيما ، أما إذا استؤصلت الغدّتان المذكورتان معا فإنه يصبح عقيما .

فعند الجماع تندفع الحيوانات المنوية فى القنوات المتعرجة للطريق المنوى وتمتزج بإفرازات الغدد المساعدة حتى تصل الى مجرى البول الخلفى ، ويساعد على مرورها فى بقية مجرى البول إفراز غدّتى كوبر وغدد ليتر ، حيث تتلاشى بسبب قلويتها الضعيفة حموضة البول المتخلف فى مجرى البول ، فلا تتعرض حياة الحيوانات المنوية للخطر . فإذا تغيرت إفرازات الغدد المساعدة وأصبحت مرضية تأثرت

حيوية الحيوانات المنوية تبعا لذلك، وربما ماتت قبل وصولها الى عنق الرحم . فإذا ما وصل المنى إلى المهبل وجد إفراز المهبل الحمضى . ففى الظروف المساعدة يندفع بعض الحيوانات المنوية إلى عنق الرحم وربما دخل القناة الرحمية .

ويهمنا من سؤال المريض أن نعرف ما إذا كان السائل المنوى يصل حقيقة الى داخل المهبل أم لا . فإذا كان الرجل يباشر النساء كالمعتاد دون أن يكون مصابا بالعنة، يمكننا أن نستنتج أن السائل المنوى يصل الى داخل المهبل ، وليس من الضرورى قذفه الى عنق الرحم . وقد رأينا حالات حصل فيها الحمل لبنات موجود غشاء البكارة فيهن بسبب وجود السائل المنوى عند فتحة المهبل . ونحن مع ذلك نعترف بأن قذف المنى الى فتحة عنق الرحم تعطى أكبر فرصة للحمل، لأن إفرازات المهبل ليست مما يساعد الحيوانات المنوية على الحياة بسبب حموضتها . لنا بعد ذلك أن نسأل هل من الضرورى للحمل توفر لذة الجماع الشديدة لدى الزوجة وقت المباشرة ؟ والجواب على ذلك أنه ليس من الضرورى لحصول الحمل توفر اللذة المذكورة عند الزوجة، وبدليل ما نراه من حصول الحمل بدون ذلك . وإنما يمكننا أن نذكر أن شعور الزوجة بنشوة المباشرة بشكل متزايد مما يساعد على تمهيد الطريق للحيوانات المنوية للمرور فى عنق الرحم والاندفاع نحو هذا الاتجاه، فهو بذلك يساعد على الحمل . كذلك يحصل لبعض السيدات انقباض مهبلى يدفع السائل المنوى إلى الخارج عقب انسكابه . وينصح أطباء الولادة السيدات بوضع وسائد تحتهن بقصد رفع الحوض حتى لا يندفع السائل المنوى إلى الخارج . على أن ذلك لم تظهر فائدته بخصوص المساعدة على الحمل .

فحص السائل المنوى — نحصل على المنى بأن نطلب من المريض أن يلبس ما يسمى "بالكبوت الفرنسى" وقت المباشرة، وأن يحضر السائل المنوى فى هذا الكيس عقب العملية مباشرة، بعد ربط عنقه بقطعة من الخيط ليمنع انسكابه . ويستحسن أن يكون الفحص عقب راحة الرجل المطلوب فحصه أسبوعا على الأقل

لا يباشر فيه الزوجة حتى لا يصادف حالة قلة الحيوانات المنوية (Oligozoospermia) فى (العينة) إذا سبقتها عدّة مباشرات جنسية .

وصف السائل المنوى الطبيعى — عند انسكاب السائل المنوى يظهر لزجا ومتعادل التفاعل ، أو قلويا ضعيفا ، ويشبه فى قوامه النشا عند غليه . أما رائحته فمعروفة ، وتشبه رائحة الدقيق المعجون . ومن تحليل السائل المنوى يتبين أنه يحتوى على الزلال ومواد قلوية ومواد دهنيـة والكلوسترين (Cholestrin) والنوكليين (Nuclein) والليسيثين (Lecithin) ومواد فسفورية . كما يحتوى على أملاح ، وأهمها سلفات الفسفور القلوى ، والكربونات والكلوريدات . وكمية المـاء فيه نحو (٨٢٪) وعند تعريض السائل المنوى للبرودة يتحوّل الى قوام جلاتينى ، وبعد ذلك الى سائل مائى . وإذا وضع فى أنبوبة اختبار وترك فترة طويلة ، فاننا نلاحظ وجود طبقتين : طبقة سطحية رقيقة شفافة ، وأخرى كثيفة تحتها تحتوى على جميع العناصر الخلوية .

وإذا فحصت الخلايا بالميكرسكوب فإننا نرى أنواعا متعدّدة منها ، حيث نرى غير الحيوانات المنوية المتعدّدة خلايا بشرية مخاطية من سطح المجارى البولية التناسلية . كذلك نرى بللورات صـغيرة لا لون لهـا . وإذا فحصنا سائلا مكث مدّة أسبوع فإننا نعثر على بللورات "بوتشنر" الكبيرة المعينة الشكل . وقد فسر بعض العلماء هذه البللورات بأنها مكوّنة من مركب فوسفاتى يتحـد مع عنصر عضوى . والتغييرات الآتية تشير الى أن السائل المنوى غير طبيعى :

(١) التغيـيرات فى كمية السائل — كمية السائل المنوى المنسكبة أثناء المباشرة الواحدة غير معينة ، وكلما كثرت الكمية عثرنا على مقدار أكبر من الحيوانات المنوية . واذا زادت كمية السائل فإن الزيادة تكون بسبب تزايد كمية إفراز البروستاتا والحويصلات المنوية . واذا كان السائل المنوى لزجا مائلا للصلابة فهذا يدل على قلة إفراز البروستاتا والحويصلات المنوية ، وإن كان مائيا دل على العكس ، أو على قلة الخلايا الممزوجة به . أما قلة المنى فهى الحالة المرضية المعتاد مصادفتها ، وتعزى القلة إلى حالة مرضية فى البروستاتا والحويصلات المنوية بحيث يقل إفرازهما .

وقلة السائل المنوى تظهر عادة بحالة طبيعية فى الرجال المتقدمين فى السن، كما تحصل وقتيا فى الشبان فى حالة الاكثار من المباشرة الجنسية . أما اذا ظهرت باستمرار فى شاب ولو بعد راحة أعضاء التناسل فترة طويلة، فإن ذلك يشير إلى حالة مرضية فى البروستاتا والحويصلات المنوية، كإصابتهما بتليف مثلا . ولما كانت قلة كمية السائل المنوى تقلل فرصة وصول الحيوانات المنوية إلى عنق الرحم، لذلك يمكننا أن نعتبر هذه الحالة سببا مساعدا فى عدم حمل الزوجة . ومما يزيد الحالة صعوبة إصابة الحويصلات المنوية أو البروستاتا بالتهاب أو تليف .

(٢) عدم ظهور السائل المنوى — من الجائز عدم ظهور السائل المنوى . وهذه إما أن تكون وراثية أو مكتسبة ، كما قد تكون إصابة نسبية تظهر على المريض فى بعض الأوقات، ويظهر السائل المنوى فى فترات أخرى . وتعلل الظاهرة الأخيرة بعدم توافق فى العضلات المشتركة فى حركة الجماع . وقد يكون عدم ظهور السائل المنوى بسبب ضيق فى مجرى البول، أو خراج كبير فى البروستاتا . كما أنها ظاهرة فى كثير من الحالات التى عمل لها عملية استئصال البروستاتا ، والسبب فى ذلك هو اتجاه السائل المنوى نحو المثانة وخروجه عند البول ممزوجا بالبول .

(٣) السائل المنوى الدموى (Haemospermia) — قد تظهر نقط دموية فى السائل المنوى، كما قد تظهر كمية كبيرة منه فى أثناء الجماع أو عقبه، فان كان الدم ممزوجا بالسائل المنوى بانتظام دل ذلك على أن سبب الدم هو وجود حالة مرضية فى الحويصلات المنوية ، أما إن ظهر الدم عقب اندفاع السائل المنوى ومنفصلا عنه، دل ذلك على أن منبع الدم فى مجرى البول الخلفى، وفى العادة يكون احتقان الحويصلات المنوية أو التهابها هو السبب المباشر لكثير من حالات السائل المنوى الدموى، والسبب فى ذلك إما إصابة الحويصلات بالدرن (السل) أو إصابتها بالسيلان . ووجود الدم مع السائل المنوى لا يقلل من حيوية الحيوانات المنوية ، إلا أن الحالة المرضية فى الحويصلات المنوية المسببة لظهور

الدم هى فى الواقع السبب فيما يظهر لنا من عدم استمرار حيوية الحيوانات المنوية ، فى حالات السائل المنـوى الدموى ؛ وفى بعض حالات نادرة يكون سبب السائل المنوى الدموى أمراض فى الدم ، مثل الاسقربوط (Scurvy) واللوكيميا (Leukaemia) والهيموفيليا . كما قد يحدث السائل المنوى الدموى من الافراط فى المباشرة الجنسية .

(٤) زيادة كمية المخاط — من التغييرات غير الطبيعية التى تطرأ على المنى زيادة كمية المخاط فيه ، وقد يظهر لنا أن هذا التغيير لا أهمية له ، إلا أنه مع دلالته على تهيج خفيف فى البروستاتا والحويصلات المنوية ، قد يكون سببا فى عقم الرجل . إذ مما لا شك فيه أن أى تغيير مرضى فى إفرازات الغدد الثانوية المكوّنة للسائل المنوى يؤثر على حيوية الحيوانات المنوية فلا يشجع على الحمل ، وليس من السهل معرفة ما اذا كان مصـدر المخاط هو الحويصلات المنوية أو البروستاتا ، ويمكننا الوصول الى هذه النتيجة بتدليك كل من البروستاتا والحويصلات المنوية على حدة ، ومقارنة الافرازين لمعرفة مصدر المخاط ، ولكى نعرف أن المـادة اللزجة تعوق حركة الحيوانات المنوية ، نأخذ نموذجا من السائل المنوى عقب الإنزال مبـاشرة ، ونفحصـه تحت الميكرسكوب لمعرفة درجة حركتها ، ثم نحفظ السـائل المنوى لمدّة نصف ساعة (حتى يصبح سائلا مائيا) فى درجة حرارة الجسم ، ثم نعيد الفحص فنرى زيادة حركة الحيوانات المنوية فى (العينة) الثانية .

(٥) تقيح السائل المنوى (Pyospermia) — يظهر السائل المنوى المتقيح أصفر اللون ، ويمكننا الوقوف على سبب القيح بالفحص الميكرسكوبى لنموذج من السائل المذكور ، ولا ننسى أن نعرف ما إذا كان السائل المنوى ممزوجا بالقيح مزجا منتظما أم أن القيح منفصل عن السائل المنوى . والقيح يسبب موت الحيوانات المنوية ، ووجوده دليل على حالة مرضية بالحويصلات المنوية ، وقد نلاحظ حركة بعض حيوانات منوية فى نموذج من السائل المنوى المتقيح ، غير أن عدم حركة معظم الحيوانات هو الأكثر ، وربمـا كانت حيوية الحيوانات المنوية وعدمها متوقفة أكثر على الميكروبات المسببة للقيح لا على القيح وحده . لذلك يجب

علينا عمل أفلام وصبغها للتأكد من وجود الميكروبات المسببة للقيح . وأهم الإصابات التي تسبب وجود القيح فى السائل المنوى هو السيلان المزمن ، أو الميكروبات الثانوية المصاحبة له ، مثل الدبلوكوك الإيجابي لصبغة جرام ، والميكروب العنقودى . لذلك يجب فحص الحويصلات المنوية والبروستاتا ، وتحليل الافرازات الناتجة بعد تدليكها للبحث عن الميكروبات المذكورة . والتقيح المنوى من أهم الأسباب فى عقم النساء ، كما أنه ينقل الإصابة الى الرحم فيسبب للزوجة آلاما رحمية أو بوقية أو مبيضية .

(٦) موت الحيوانات المنوية — إن وجود الحيوانات المنوية ميتة يدل إما على خروجها ميتة أو على أنها خرجت حية فى السائل المنوى ثم ماتت فيه . أما الوقت الذى تستمر فيه الحيوانات المنوية حية خارج الجسم فغير معين ، وقد ذكر التزمان أن السائل المنوى السليم المحفوظ من الضوء والبرودة يجب أن تستمر حيوية الحيوانات المنوية فيه لمدة يومين ، وذكر كوپر أنه رأى حيوانات منوية متحركة لمدة ثلاثة أيام . والبرد ووجود وسط حمضى لا يساعدان على حركة الحيوانات ولا على بقائها حية ، وكما أن عدم الحركة يصحبها عادة وجود دم أو قيح فى السائل المنوى . والتأثير السيئ على الحيوانات ليس نتيجة لقيح أو لدم بل نتيجة الإفرازات المصاحبة لهاتين الحالتين المرضيتين . وقد ذكر التزمان أنه يمكننا تعرف ما إذا كانت الحيوانات المنوية ماتت قبل خروج السائل المنوى أم بعده بملاحظة ذيل الحيوانات ، فإن كان الذيل ملتويا أو مائلا بزاوية قائمة على الجسم دل ذلك على موت الحيوانات قبل انسكاب السائل المنوى ، وان كان الذيل مستقيما دل ذلك على موتها بعد الانسكاب . ويمكننا فوق ذلك الوصول الى أحد الأسباب المعادية لحيوية الحيوانات من فحص إفرازات عنق الرحم بعد فترات مختلفة عقب المباشرة ؛ على أن هذا الفحص يفيدنا فائدة أخرى عند تحرّى أسباب عدم الحمل فى المرأة .

وتعيش الحيوانات المنوية فى القناة الرحمية لمدة خمسة أيام عقب المباشرة ، ويجب أن تكون موجودة بالقناة بعد مضى ساعتين من المباشرة . ولما كان الافراز

المهبلى حمضيا فلا يتيسر للحيوانات المنوية الحياة فيه ولو الى مدة قصيرة، ومن ذلك يجب أن نعلم أنه مما يساعد على الحمل انسكاب السائل المنوى ووجود الحيوانات المنوية فى عنق الرحم .

(٧) عدم ظهور الحيوانات المنوية — هذه الحالة إما وراثية أو مكتسبة، وهى تظهر وراثية فى حالة احتباس الخصيتين فى البطن أو فى حالة عدم نمو الخصيتين . وقد يكون سبب عدم ظهور الحيوانات المنوية ارتفاع الخصيتين عن مكانهما الطبيعى ، أما السبب فى عدم ظهور الحيوانات المنوية فى حالة عدم وجود الخصيتين فى الصفن فقد ذكر "كو" أن حرارة الصفن الباردة نسبيا عن حرارة البطن هى الحرارة المناسبة لإخراج الحيوانات المنوية، ووجد بالتجارب أن الخصية العادية اذا وضعت جهة البطن لا تفرز حيوانات منوية كالمعتاد . وقد ذكر بعض الأطباء أنه من الجائز أن يصبح ذو الخصيتين المرفوعتين إلى جهة البطن والدا اذا تزوج عقب البلوغ مباشرة، أما بعد ذلك فلا تظهر الحيوانات المنوية .

أما عدم ظهور الحيوانات المنوية فى الحالة المكتسبة فسببه إما عدم قدرة الخصيتين على تكوين الحيوانات المنوية، أو لأن هناك عائقا يمنع ظهور الحيوانات فى مجرى البول . على أن ضمور الخصية سبب فى عدم إفرازها، وسبب الضمور إما التهاب الخصية أو إصابة فيها . والتهاب الغدة النكفية يسبب هو الاخر ضمور الخصية، كما أن الحمى التيفودية والملاريا والزهرى والجدرى والحمى القرمزية والأنفلونزا (أحيانا) والحمى الشوكية المخية، كل هذه تسبب التهاب الخصية .

ومما لا شك فيه أن السيلان سبب مهم فى عدم ظهور الحيوانات المنوية بسبب انسداد القنوات المنوية، ويكون الانسداد عادة فى النهاية السفلى للبربخ ، وذلك يعقب عادة إصابات السيلان المصحوبة بالتهاب البربخ . والمريض الذى يصاب بالتهاب البربخ السيلانى المزدوج يكون عرضة للاصابة بالعقم (٤٠٪ من الإصابات). وفى بعض حالات من السيلان يكون موضع الانسداد فى القنوات القاذفة للمنى أو فى الحبل المنوى، ويمكننا بالتجربة معرفة ما اذا كان عدم ظهور الحيوانات

المنوية ناتجا عن عدم تأدية الخصيتين وظيفتهما فى توليد الحيوانات أو بسبب انسداد فى طريق المنى، وذلك بإدخال إبرة معقمة فى جسم الخصية وسحب قليل من السائل الموجود بالخصية وفحصه تحت الميكرسكوب ، فإن وجدت الحيوانات المنوية دل ذلك على أن سبب عدم ظهورها فى المنى وجود انسداد فى طريقها ، ولمعرفة موقع الانسداد يمكننا أن نحقن الحبل المنوى من أعلى الخصية مباشرة ببضعة نقط من محلول زرقة المثيلين ، فإذا ظهرت الصبغة من مجرى البول عند التبوّل تبين لنا أن الحبل المنوى والقنوات القاذفة للمنى غير مسدودة .

وغير السيلان ، فإن بعض العمليات الجراحية حول الحبل المنوى تسبب هى الأخرى انسدادا يمنع ظهور الحيوانات المنوية . ومن أمثلة العمليات المذكورة عملية الفتق الأوربى وعملية دوالى الخصية واستسقاء الخصية . ويجب أن نلاحظ أن سائل الاستسقاء المائى أو الدموى الكبير الحجم قد يوجد ضغطا على الخصية ، فيسبب لها ضمورا وضررا أكثر من ضرر العملية الجراحية .

وقبل أن أختم هذا الباب يجب أن أذكر أن هناك حالات غير قليلة لا يتيسر للطبيب معها معرفة سبب ظاهر يعلل به عدم تكوين الحيوانات المنوية ، وربما تيسر لنا فى المستقبل القريب عند البحث والتدقيق فى فحص المريض بطرق مبتكرة معرفة أسباب ظاهرة تعلل حدوث هذه الحالات المرضية .

(٨) قلة الحيوانات المنوية — فى الرجال المتقدمين فى السنّ يقل عدد الحيوانات المنوية فى السائل المنوى ، وتقل الحيوانات أيضا فى حالات الإسراف فى المباشرة الجنسية ، ونلاحظ أن الحالات المرضية السابق شرحها فى (بند ٧) المسببة لعدم ظهور الحيوانات المنوية إذا وجدت بدرجة أخف ، فقد تسبب قلة فى الحيوانات المنوية ، فمثلا ضمور إحدى الخصيتين أو انسداد إحدى القناتين القاذفتين للسائل المنوى يسبب قلة فى الحيوانات . أما فى الحالات التى تستأصل فيها إحدى الخصيتين فى مقتبل العمر فان الخصية الأخرى تتضخم ، وربما تكفى لايجاد حيوانات منوية مماثلة فى العدد لما تكوّنه خصيتان . على أن الخصية

حساسة جدا وتتأثر بكل ما يغير الصحة العامة، ويتبع ذلك قلة الحيوانات المنوية في بعض الأحيان .

ولتقدير عدد الحيوانات المنوية نستعمل نفس الطريقة المستعملة فى معرفة عدد الكرات البيضاء فى الدم . والسائل المستعمل فى تخفيف السائل المنوى عبارة عن (٥ ٪) من محلول بيكربونات الصودا المحتوى على (١ ٪) من الفورمالين، وفائدة بيكربونات الصودا تنحصر فى إذابة المادة المخاطية اللزجة . والفورمالين يوقف حركة الحيوانات المنوية، ففى السائل المنوى المعتاد نعثر على مائة مليون من الحيوانات فى كل سنتيمتر مكعب منه، ويختلف العدد حسب السن حيث يقل تدريجيا بعد سن الأربعين، وكذا يقل العدد فى الرجال ذوو الخصيتين الصغيرتين، وعدد الحيوانات المنوية يعتبر مقياسا نسبيا لقدرة الرجل على إيجاد النسل . وقد تبين للدكتور ماكومبى أن أقل عدد من الحيوانات الضرورية للحمل هو حول (٦٠ مليونا) فى السنتيمتر المكعب . ويمكن استعمال طريقة حصر عدد الحيوانات المنوية فى السنتيمتر المكعب فى مقارنة بين حالة المريض قبل العلاج وبعد العلاج، ومعرفة درجة تحسنه واستعداده للمساعدة على الحمل . وقد لاحظ بعض المؤلفين أن مريضا عملت له عملية دوالى مزدوجة فزاد عدد الحيوانات المنوية فى سائله المنوى من (٢٠ مليونا) الى (٧٣ مليونا) فى السنتيمتر المكعب .

أسباب قلة الحيوانات المنوية — سبق أن ذكرت أن كل ما يعوق تكوين الحيوانات المنوية أو يقف حجر عثرة فى طريقها يكون سببا فى ظهور الحيوانات المنوية قليلة . والآن بقى على أن أشرح العوامل التى يتسبب عنها قلة فى تكوين الحيوانات المذكورة :

إن تكوين الحيوانات المنوية تحوطه عوامل عامة كثيرا ما تؤثر فى قدرة الخصية على تكوين الحيوانات، ومن النادر أن يصاب الرجل فى حياته باحدى الأمراض المعدية، دون أن يترك ذلك أثرا فى الخصية، وإذا تعرضت الخصية لتأثير "أشعة إكس" ولو قليلا كان ذلك سببا فى عدم تكوينها للحيوانات المنوية، وكذلك

إذا أصيبت الخصية بعدوى موضعية ولو بسيطة أثر ذلك فى تكوين الحيوانات .
وسأتكلم بشرح أوفى عن العوامل الآتية التى تؤثر فى الخصية :

(ا) العدوى — سبق أن ذكرنا أن الالتهاب الموضعى مثل التهاب الخصية أو البربخ يؤثر فى مقدرة الخصية على تكوين الحيوانات ؛ وتؤثر عليها أيضا بطريقة غير مباشرة أى بؤرة متقيحة أو ملتهبة فى الأجزاء الأخرى من الجسم . وقد ذكر "بلفيد" أن الميكروبات الموجودة بالدورة الدموية تفرزها الخصيتان والحويصلات المنوية . على أن المواد التسممية (Toxins) المصاحبة ، أو التى تتركها تلك الميكروبات ، هى فى الواقع المسببة للتغييرات الاستحالية فى الخصية ، وذلك مثل حمى الدفتريا والالتهاب الرئوى ، ولذلك يجب علينا فى حالة علاج مريض مصاب بقلة الحيوانات المنوية البحث عن جميع الاصابات فى الجسم ، ومعالجة المريض منها .

(ب) المواد التسممية — سبق أن ذكرنا تأثير المواد التسممية بسبب البكتريا المختلفة . والآن نبحث عن تأثير التسممات الكيماوية فى تكوين الحيوانات المنوية ، فالكحول والمشروبات الروحية المتنوعة لا يعرف لها تأثير معين على تكوين الحيوانات ، وإنما علمنا بالتجربة أن الادمان على المسكرات يضعف قوة تكوين الحيوانات ، كما أن الادمان على المشروبات الروحية فى النساء يسبب عقما فى بعض الحالات بسبب التهاب المبيض المزمن بسبب تلك المشروبات . أما التسمم بالرصاص فعلاوة على إضعافه قوة الخصية فى تكوين الحيوانات فانه يسبب عقما نسبيا ، بسبب تأثيره فى الاجهاض وموت الأجنة .

(٩) عدم انتظام وظيفة الغدد الصماء — لاننكر العلاقة التى بين أعضاء التناسل والغدد الصماء الموجودة بالجسم ، وربما كان التغيير فى قنوات الخصية نتيجة إصابة فى إحدى الغدد الصماء ، وقد وجدنا باجراء تجارب على الحيوان أن حقن ذكر الفيران بخلاصة قشرة الغدّة فوق الكلية يسبب استحالة فى قنوات الخصية ، كما وجدنا أن إطعام الفأر بالغدّة التيموسية له نفس النتيجة . وكذلك فى بعض

الحالات التى لا تكون فيها الخصية الحيوانات المنوية يجوز أن تظهر الحيوانات فى السائل المنوى اذا أطعمنا الحيوان بالفص الأمامى من الغدّة النخامية .

(١٠) تأثير الحرارة والضوء — لقد ذكر الدكتور "فوكى" اليابانى أن تعريض الخصية لحرارة الشمس أولمصباح كهربائى قوى يسبب استحالة فى خلايا القنوات المنوية ، ولا يؤثر على الخلايا الخلالية وخلايا "سرتولى" (Sertoli cells) . كما وجد أن تعريض الخصية لحمام ساخن درجة حرارته (٤٥° سنتيجراد) لمدّة ثلاث ساعات كاف لاحداث نفس التغيير ، فاذا صح ذلك دل على أن ارتفاع درجة الحرارة يعتبر سببا من أسباب العقم فى الرجال .

(١١) تأثير الغذاء — ظهر من تجارب الأستاذ "مندل" أن تغذية بعض الحيوانات بالأطعمة الصناعية يسبب حالة استحالية فى الخلايا المكوّنة للحيوانات المنـــوية .

وقد عمل الأستاذ "كارل ميسون" بحثا هيستولوجيا مستفيضا فى تأثير الأغذية الصناعية فى جعل فيران الألبينو عقيمة ، لذلك كوّن لهذه الفيران غذاء مكوّنا من (١٨ ٪) من الكازيين و (٥٤ ٪) من النشا و (١٥ ٪) من الشحم و (٩ ٪) من الدهن و (٤ ٪) من الملح و (٤,٠) من الجرامات من الخميرة ، وقد لاحظ أن هذا الغذاء كان كافيا لنمو الفيران غير أنه سبب العقم فيها . وقد أجرى قطاعات للفحص الميكرسكوبى من خصية الفيران المغذاة بالطريقة السابقة ، فوجد أنه فى مبدأ التغذية لم يعثر على حيوانات منوية ، ويعقب ذلك تغيير استحالى فى الخلايا المكوّنة للحيوانات . على أنه بالرغم من ذلك إذا أضيفت العناصر المحتوية على الفيتامين الى الغذاء الصناعى فان الفيران المذكورة تستردّ القدرة على تكوين الحيوانات المنوية ، وتتحوّل الخلايا تدريجيا الى حالتها الطبيعية .

لذلك يجب أن يكون الطعام محتويا على الكمية الكافية من الفيتامين ، ويجب بحث هذه الحالة عند فحص المريض العقيم .

علاج العقم فى الرجال

يمكن تقسيم علاج العقم فى الرجال حسب الأقسام الآتية :

(١) علاج عدم القدرة على اندفاع السائل المنوى فى المهبل .
(٢) « الانسداد فى الطريق المنوى .
(٣) « التغييرات الطارئة على الافرازات التناسلية .
(٤) « عدم تكوين وقلة وجود الحيوانات المنوية .

(١) علاج عدم القدرة على اندفاع السائل المنوى فى المهبل — سبب هذه الحالة عادة العنة ، لأن عدم الانتصاب يضعف من قوة اندفاع السائل نحو عنق الرحم ، أو يكون من نتيجته قذف المنى قبل الأوان خارج المهبل . وقد سبق أن شرحنا علاج هذه الحالة فى بحث العنة و يمكننا أن نشير هنا إلى أن هـذه الحالة — ولو أنها لا تساعد على الحمل — إلا أنه لا يبعد أن يحصل الحمل فيها .

واذا كانت العنة صعبا علاجها فيجوز لحصول الحمل أن نلجأ الى إدخال السائل المنوى بالطرق الطبية اليدوية ، ولكن نتائج هذه الطريقة غير مشجعة بالكلية ، وقد نلجأ الى تكرار العملية نحو خمسين مرة قبل أن تنجح وتسبب الحمل ، والسبب فى ذلك أن العلة فى بعض الأحوال ترجع الى وجود حالة مرضية فى الرحم أو ملحقاته وفى أحوال أخرى يكون السائل المنوى المقـذوف بوساطة حقنة معرضا لفعـل المطهرات أوالضغط ، أوتكون درجة حرارته منخفضة ، الأمر الذى يسبب موت الحيوانات المنوية . وفضلا عن ذلك فان المرأة لا تتوفر لديها أثناء هـذه العملية الإفرازات الكثيرة التى تساعد على حيـاة الحيوانات ، والتى تفرزها فى أثناء عملية المباشرة الجنسية .

(٢) علاج الانسداد فى الطريق المنوى — سبق أن ذكرنا أن أهم المواقع التى يحصل فيها انسداد للحيـوانات المنوية القطب الأسفل للبربخ ، وهـذا يحدث بسبب التهاب سابق فى البربخ وظهور جزء متحجر فى ذيله ، والمعتاد أن السدّة

تصبح مستديمة . وقد حاول الجراحون التغلب على هـذه الصعوبة بإيصال الحبل المنوى بالقطب الأعلى للبربخ، غير أنهم لم يتمكنوا من منع الانسداد الذى يحصل مكان الالتحام، والى اليوم لا توجد شواهد تبرر الاستمرار فى إجراء هـذه العملية، ولعل المستقبل يخرج لنا ما يغير طريقة إجرائها بما يضمن بقاء الحبل المنوى مفتوحا مكان اتصاله بالبربخ .

والمكان الآخر الذى تحصل فيه السدة هى القنوات القاذفة للمنى ، وتكون السدة غالبا فى فتحة القناتين فى الجزء الخلفى لمجرى البول، فان كانت السدة بسبب ضغط البروستاتا الملتهبة، فان الحالة يسهل علاجها بعلاج البروستاتا ، وان كانت السدة قديمة فمن الجائز عمل فتحة فيها من خلال المنظار الخلفى لمجرى البول بكيها بالدياترمى وإنما اذا تصادف وكانت الفتحتان منحدرتين فى جانبى العرف الجبلى فمن الصعب إجراء العملية المذكورة بسبب اتجاه الفتحتين .

وفى بعض حالات نادرة تكون السدة فى أى جزء آخر من الحبل المنوى . والعلاج فى هذه الحالات ينحصر فى عمل قطع فى الحبل فى أعلى وأسفل السدة وإيصال النهايتين المفتوحتين . أما نتائج هذه العملية فبعضها مشجع والبعض الآخر على العكس من ذلك .

وقد لجأ بعض الجراحين لعمل تلقيح صناعى لايجاد الحمل فى مثل هذه الحالات والذى يهم الزوجين هو حصول الحمل فيها ، وللوصول الى ذلك يعمل ثقب فى الخصية (بعد إجراء التعقيم اللازم) بابرة حقنة ريكورد وسحب جزء من السائل الذى يحتوى طبعا على حيوانات منوية وحقن السائل المذكور فى عنق الرحم ، وهـذه العملية لأجل حصول النجاح فيها يجب أن تتوفر فيها أشـدّ الاحتياطات التى من شأنها المحافظة على حياة الحيوانات المنوية ، وذلك بأن نحفظ درجة الحرارة المساوية لدرجة حرارة الجسم ، والا نترك مواد مطهرة قاتلة فى الحقنة ، وأن نجرى الحقن بكل عناية بحيث لا يسبب الضغط موت الحيوانات .

(٣) علاج التغييرات الطارئة على الافرازات التناسلية — من المهم جدا أن تكون إفرازات الحويصلات المنوية والبروستاتا سليمة، والسبب فى كونها فى حالة مرضية وجود الجونوكوك والميكروبات الثانوية المصاحبة له ، مع ظهور قيح فيها . وهذه الحالات تحتاج إلى علاج طويل يتطلب الصبر من جهة الطبيب والمريض، بحيث يستمر التدليك والتقطير واستعمال المطهرات لهذه الغدد حتى تكون عدد الخلايا القيحية فى الشريحة المحتوية على إفراز هذه الغدد قليلة جدا، وحتى ينعدم الجونوكوك وتقل الميكروبات الثانوية . وفى بعض الحالات المستعصية على العلاج يلجأ الجرّاحون الى استئصال جزء من الحويصلة المنوية أو كلها ، وفى هذه الحالات يتعين على الجرّاح المحافظة التامة على الحبلين المنويين وقناتى قذف المنى أثناء العملية .

(٤) علاج عدم تكوين الحيوانات المنوية وقلة وجودها — سبق أن ألمحت الى تأثير الحيوانات المنوية بكل ما يحيط أى جزء آخر من الجسم من عوامل، فاذا أظهر فحص السائل المأخوذ بابرة من جسم الخصية عدم وجود الحيوانات المنوية أو قلة وجودها، وجب إجراء فحص دقيق يشمل أجزاء التناسل خاصة وبقية أعضاء الجسم عامة، علنا نعثر على ما يبرر عدم ظهور الحيوانات أو قلتها . ويجب سؤال المريض عما إذا كان قد أصيب إصابة سابقة فى أعضاء التناسل، والبحث عن كيفية معيشته وعاداته الخاصة، فربما كان تغيير نظام معيشته كافيا لظهور الحيوانات المنوية . ويظهر ذلك جليا فى كثرة حصول الحمل عقب المباشرات التى تكون أثناء النزهات الخلوية السنوية أو عقبها، كما هى الحال فى الاستحمام والتنزه على شاطئ البحر بضعة أشهر يبتعد فيها الزوج عن مشاغل الحياة وعبء الأعمال العقلية والجسمانية .

ومن المستحسن فى هذه الأحوال إعطاء المريض خلاصة الفص الأمامى من الغدة النخامية بشكل حقن، حيث يساعد ذلك كثيرا فى حالات قليلة ، ويجب أن يستمر استعمال الخلاصة لمدّة ستة شهور بدون انقطاع ، وبعدها نجرى فحص السائل المنوى للعثور على الحيوانات المنوية .

أما العقاقير فلا فائدة من استعمالها بهذا الصدد، ما لم يقصد منها التقوية العامة للجسم ، وقد جرب بعض الجراحين تطعيم المريض بجزء من خصية حيوان فى البطن . وفى حالة نقص إفراز الغدّة الدرقية يعطى المريض خلاصة الغدّة المذكورة التى لها نتيجة ناجحة . وقد ذكر بعض الأطباء أن للأشعة البنفسجية المسلطة على الخصية تأثيرا حسنا من حيث تنبيه الخلايا لتكوين الحيوانات المنوية ، كما حبذ البعض استعمال الدياترمى للغرض نفسه .

وقد دل البحث أخيرا على أن أغلاط الغذاء التى يتبعها الرجل الذى يعيش على ملكة تفكيره لا على العمل الجسمانى لها تأثير ما على قلة الحيوانات المنوية ، لذلك يجب على الطبيب فحص هذه النقطة عند فحص المريض ، وإعطاء الغذاء المناسب لمهنته المحتوى على كميات متناسبة من التغذية ، وكذا على القدر اللازم من الفيتامين .

فهـــرست الموضـــوعات

صفحة

القسم الأول — الزهرى

القسم الثانى — السيلان

القسم الثالث — القرحة الرخوة

*
* *

كَمُلَ طبع "كتاب الأمراض التناسلية وعلاجها" بمطبعة دار الكتب المصرية فى يوم السبت ٢٩ صفر سنة ١٣٥٤ (أوّل يونيه سنة ١٩٣٥) م

محمد نديم
ملاحظ المطبعة بدار الكتب
المصـــرية

إصـــلاح خـــطأ

صفحة	سطر	خطـــأ	صـــواب
٨٤	٢٤	واللفـــط	واللغـــط
٩٠	٢٣	بالأمنيـــورزم	بالأنيـــورزم
١٤٢	٧	تانتقـــل	تنقـــل
٢٩٤	١٢	وتذيك	وتينوك

(مطبعة دار الكتب المصرية ٤٣/١٩٣٤/-١٥٠٠)

